الفصل السابع

فحص المخاوف والقلق
Fears and anxiety Investigation

س . ج . ل ليند ساى Lindsay

الفصل السابع

فحـــص المخاوف (١) والقلق

س . ج . ل ليندساي **Lindsay**

مقدمة . تأثـير المخـاوف

يبـدو من الواضح حتى من خلال مراجـــعة سريعة للصحف اليومية ، والتليفـــزيون والإذاعـة أننا معرضـــون بشـــكل دائم لطوفان من الشـــواهد ، التى تجعلنا مهددين فى صحتنا بصورة مفزعة ، ومهـــددين من الكوارث البيئـية ، ومن مخـاطر أخرى ، وحتى المعـــلومات المقدمة بصورة معـــينة لتشجيعنا على اتخـــاذ قدر أكبر من الحيطة فى العناية بصحتنا ، وللوقاية من الأمراض التى لا شفاء منها ، ومن مخاطر اســـتهلاك الأغذية المختلفة مقـــدمة هـى الأخرى لتشجع على اليأس والخوف ، لذا يعد الكثير منها مصادر خطر (Berger etal. , 1991) . لهذا يبدو مثيرا للدهشة أن الكثيرين من الناس مازالوا متفائلين ، فيما يخص هذه المخاطر ، على الرغم من تعرضهم للضرر , Taylor and Brown) 1988) . وعلى الرغـــم من ذلك وبالنســـبة لبعض المخاوف ، وعلى وجه الخصـــوص تلك المرتبطة بتوقع الألم مثلما يوجد فى العـــلاج المعتاد للأسنان ، يبدو التشاؤم شائعاً ومعقولاً ، وقد يحمى المريض من الألم (Lindsay and Jackson , 1993) .

كيف يؤثر هذا الخوف الشديد على أولئك الذين يستسلمون له ؟ يتوقع من أصحاب الخوف من الأماكن المفتوحة (٢) أن ينهاروا أو يتعرضوا لذبحة صدرية ، أو قد يموتون فى الشوارع أثناء خروجهم للتسوق (Tharpe and Burns , 1983) ، ويعتقد أصحاب مخافة الأسنان (٣) انهم سيظلون يفكرون أثناء العلاج أنهم فجأة سيتعرضون للألم ، وأنه من الصعب بالنسبة لهم التحكم فى هذه الأفكار (Kent and Gibbon , 1987) . والأشخاص الذين يكونون قلقين أثناء صحبتهم لأخرين ، قد يقررون بوضـوح أنهم يكونون غير مستريحين ، وأنهم سيظهرون فى صورة المترددين والأغبياء ، عندما يتحدثون اليهم .See) Glass et.al , 1982 , Halford and Foddy , 1982) .

ومع ذلك فدائماً ما يعانى أولئك الذين يخافون من هذه المواقف من صعوبة ذكر ما الذى يكدرهم ، أو ما الذى يشعرون به (Mayer and Reich , 1987) مثال ذلك أن عقولهم تصبح خاوية تماماً أثناء نوبة الهلع ، يضاف إلى ذلك أن مجرد توقع عميل خوافى (٤) بشكل مبكر لاحتمال حدوث موقف مهدد يؤدى الى تفاقم إحساسه بالكدر نتيجة لعدم يقينه ، مما إذا كان هذا الموقف سيحدث ام لا ، ومتى وأين سيحدث . وبالتالى فإن مرضى خواف الأماكن المفتوحة قد لا يكونون على يقين مما إذا كانوا سيتعرضون

---

(1) Fears
(2) Agoraphobia
(3) Dental phobia
(4) Phobic

للإغماء أو الشعور بالدوار ، حتى فى المواقف التى يتوقعون ان يكون احتمال حدوثها كبيراً ، ويخشى مرضى خواف الأسنان على وجه الخصوص من مجرد عدم تأكدهم من اللحظة التى سيتعرضون فيها للألم (Lindsay , 1984) وقد يكون الأشخاص القلقون اجتماعيًا عصبيين بصفة خاصة ؛ لأنهم لا يعلمون متى سيكون مطلوبا منهم الحديث أو الإجابة عن سؤال أثناء وجودهم مع آخرين . والبعض ممن يبتلون بكارثة القلق الدائم يمكن أن يصبحوا عصبيين بشكل غير متوقع إزاء الكثير من الأحداث أو المواقف .

ويمكن للخوف والقلق أن يصبحا ببساطة مصدراً للشقاء نتيجة لشدتهما . ويؤدى الانشغال المستمر بمخاوف معينة مثل توقع مخاطر المرض ، الذى يلاحظ فى اضطرابات الهلع إلى جعل تحمل الخوف اقل سهولة . كما يرتبط الخوف والهلع بالإضافة الى ذلك باحتمال مرتفع للانتحار (Marks , 1987) أو التعرض لأمراض قلبية خطيرة (Haines et al., 1987) ، وعلى أى الأحوال فإن الميكانيزمات الخاصة بهذه العلاقة مازالت بعيدة عن الوضوح ، والأكثر وضوحًا هو أن المخاوف المزمنة والقلق يمكنهما أن يؤديا إلى إعاقة العلاقات الاجتماعية والعمل والترفيه .

مثال ذلك امرأة تعيش فى كنت بجنوب شرق إنجلترا لديها مخافة من الثعابين ، وتعانى من نوبة هلع شديده عندما تشاهد ثعبانا فى التليفزيون ، وكان أفراد أسرتها ينزعون صور الثعابين من المجلات، لكى يمنعوا تعرضها للهلع إذا شاهدتها . شاب آخر عانى من توتر شديد ونوبات هلع متواترة عندما يكون فى غرفة مزدحمة ، وكان يتحمل بصعوبة شديدة زيارة اصدقائه له ولزوجته ، وترتب على ذلك ندرة ما يتلقون من زيارات ، ولأن لديه اطفالاً صغاراً وكانت زوجته لا تعمل خارج البيت فقد مثل ذلك ضغوطاً على الزوجة ، وعلى علاقتهما الزوجية .

وغالبا ما يقترن التجنب بالتعبير عن الخوف . ولذا فإن مرضى خواف الأماكن المفتوحة يتجنبون الخروج من منازلهم أو القيام بالتسوق ، كما يتجنب مرضى الخواف الاجتماعي لقاء الغرباء أو حتى الأصدقاء ، وقد يكونوا غير قادرين على الحديث وسط مجموعة من الأفراد . ويتجنب مرضى مخافة الأسنان علاج أسنانهم . ويمكن للكثير من العوامل أن تحد من الارتباط بين التجنب وبين التعبير عن الخوف والقلق ، مثال ذلك أن العملاء سيتحملون الكدر الشديد أثناء العلاج بالإغراق (١)، عندما يتعرضون للمواقف التى تسبب لهم أكبر قدر من الفزع ؛ لأنهم يعرفون أنهم سيتخلصون بذلك من مخاوفهم ، وقد يوافق العملاء أيضاً على العلاج الطبى وعلاج الأسنان ، حتى إذا كانوا شديدى العصبية فى هذه المواقف لأنهم يرغبون فى تجنب قدر أكبر من النتائج المترتبة على تدهور صحتهم . ويحضر أصحاب القلق الاجتماعى الأجتماعات أثناء العمل ، نتيجة لخوفهم المتزايد من تعرضهم للتأنيب أو فقدان وظائفهم .

وهناك أشكال سلوكية أخرى ترتبط بالخوف ، مثال ذلك السعى للحصول على تأكيد متكرر من الأسرة والأصدقاء والأطباء حول المخاطر ، التى تتعرض لها صحتهم ، ويلاحظ ذلك فى المخاوف ، التى تكون نوبات الهلع واضحة فيها .

أسـباب المـرض (٢)

تقديم مراجعة شاملة للأسباب يتجاوز منظور هذه المناقشة ، ولكنه متاح فى مصادر أخرى (Marks , 1987 , Edelmann , 1992)

---

(1) Flooding
(2) Etiology

تأثير التشـــريط (١)

كانت أغلب نظريات الخوف والقلق المهمة فى علم النفس الأكلينيكى ، هى تلك التى أكدت تأثير الخبرات غير السارة التى تحدث مرتبطة بموقف غير مهدد بالاحرى ، وتتسق نماذج التشريط الكلاسيكى (Rachman , 1991, Wilson , 1982) هذه اتساقا جزئيا مع المثال التالى :

امرأة مسنة تلقت اتصالا تليفونياً فى بيتها من زوجها الذى كان يتكلم من تليفون عمومى بالشارع ليخبرها أنه شعر فجأة بالمرض أثناء ترييضه للكلب ، ولسوء الحظ أنه انهار بعد ذلك ومات قبل وصوله للبيت . وتلى حزن ارملته الحاد لهذا الحرمان المفاجىء زيادة فى معارضتها الخروج من البيت ، ثم تعرضت لنوبة هلع ، عندما كانت فى مركز للتسوق بعد ذلك بعدة أسابيع ، وأوحت لها أعراض ضيق التنفس وسرعة خفقان القلب والدوار أنها يحتمل أن تموت هى أيضا فجأة بينما هى بعيدة عن البيت ، وبالتالى لاتجد المساعدة بالقرب منها . ونتيجة لاعتقادها أنها ستكون فى أمان عندما تكون فى البيت فقط، وبالقرب من التليفون ، أصبحت معتمدة على الأصدقاء والجيران لقضاء حاجاتها . وقد استطاعت هذه العميلة أن تتذكر خبرة مماثلة ، عندما كانت أصغر عمراً وهى انها كانت تعانى من الشعور بالدوار وخفقان القلب فى مثل هذه المواقف ، وقد شجعها ذلك على الاعتقاد ان قلبها ضعيف .

والمنبه الشرطى المحايد هنا هو مركز التسوق ، كما يبدو أن نوبة الهلع هى الاستجابة غير الشرطية . ومع ذلك - وكما يحدث فى الكثير من حالات خواف الأماكن المفتوحة - يكون المنبه الشرطى غير واضح .

وقد ورد فى تقارير أفراد عينة واحده لمرضى خواف الأماكن المفتوحة توقع إحداث مشابهة بنسبة تزيد عن ٧٠٪ وذلك وفقا لما ذكره ثورب وبيرنز (Thorpe and Burns (1983 . إلا أن مسوحاً وتحليلات أخرى لهذه المخافة ومخاوف أخرى ، حددت عدداً أقل من الأوقات ، التى يكون فيها مثل هذا التوقع واضحاً (Murray and Foote , 1979 , Lindsay and Jackson , 1993)

وعلى الرغم من التناقض المستمر فى الاهتمام بالنماذج الشرطية ، إلا أن أهميتها مازالت كبيرة فى دعم التقدم الاولى للعلاج السلوكى لهذه المشكلات ، بالإضافة إلى ذلك فإن بعض أشكال السلوك مثل زيادة معدل ضربات القلق وارتفاع ضغط الدم والارتعاش والتهيج ، والتى تصاحب مظاهر الخوف والقلق تم القاء الضوء عليها ، من خلال تطبيق أساليب التشريط الكلاسيكى للتجنب وعدم التجنب (See : Dykeman et al., 1965) وهذه المظاهر المعروفة هى التى يبدو أنها الأكثر صلة بتفسيرات هذه المخاوف الإنسانية ، مثل : اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (٢) (Lindsay , 1992) ، والخوف من الألم أثناء العلاج الطبى وعلاج الأسنان ، وحيث يوجد توقع صدمى واضح . ومع ذلك فحتى بالنسبة لهذه الحالة الاخيرة فإن التأثير المعرفى مثل تغيير الذكريات والتوقعات الخاصة بالألم يحتمل أن يؤثر فى تطور المرض ومقاومة الخوف (Lindsay, 1984 , Lindsay and Jackson , 1993) .

فروض سببية أخرى

يخدم القيام بملاحظة المخاوف والتجنب لدى الآخرين بمثابة نموذج لهذا الارجاع لدى العميل . وهو فرض يقوم على التعليم الاجتماعى ، ويتسق معه ما ينبه إليه وايندهوسر (1987) Windheuser من

---

(1) Conditioning
(2) Post-traumatic strees disorder .

أن الأطفال لديهم مخاوف مشابهة لما لدى أمهاتهم ، وقد أكد بعض المؤلفين أن منبهات معينة تبدو قابله على الفور للارتباط بالخوف ؛ نتيجة لبعض قيم حفظ البقاء الحيوية (Seligman . 1971) ، وهذا هو فرض القابلية . كما وجه الاهتمام ايضاً للتأثير المحتمل للتوتر المستمر لأحداث خوف وقلق حاد Emmelkemp) , 1982) . وقد لاحظ بعض المؤلفين الاحتمال الكبير ، الذى سيطور به الأطفال مخاوف إضافية، عندمايكون لديهم بالفعل بعض المخاوف (e.g. Liddell . 1990) ، كما يعبر الراشدون ذوو الخوف العميق عن اعلى مستوياتهم من العصابية (Lautch , 1971) ، و قد ساندت هذه الملاحظات الأدلة حول التأثيرات البيولوجية والوراثية على الخوف .

وقد راجع راخمان (1980) Rachman هذه التأثيرات التى كانت متضمنة بدرجات مختلفة من اليقين فى البحوث الأكلينيكية والمعملية فى صورة عدم القدرة على تجاوز الخوف والأنعصاب (1) ، ويتضمن ذلك بالنسبة للمفحوص اثارة (2) عالية وتعب أثناء فترة الانعصاب لدى الشخصية العصابية المنطوية . والأنعصاب اقل سهولة فى تجاوزه إذا كان مفاجئاً وشديدا وغير متوقع وخارج عن السيطرة ، وفى وجود متغيرات أخرى مثيره للتوتر مثل الحرارة والضوضاء .

وتكرر فوا وكوزاك (1986) Foa and Kozak ، فى بحث نظرى مهم لهما ، مستخدمين بيانات نفسية وفسيولوجية ، إيضاح الطبيعة النشطة للخوف . ومع ذلك ولأسباب اكلينيكية متعددة ، فإن أى نظرية تؤكد الارتباط بين الإثارة الفسيولوجية والتجنب والعوامل المعرفية لا تعد نظرية بناءة بقدر كبير . (e . g , Zander and Mc Nally , 1988) ، ذلك أن ما يحظى بالاهتمام والعناية الفورية فى الممارسة الاكلينيكية هو تعبيرات العميل عن الخوف ، وخبرته فى الانعصاب ، وسلوكه مثل التجنب ، والسعى للحصول على التأكيدات ، وتعاطى الكحول . ولنضع فى الاعتبار ، على سبيل المثال ، العميل الذى أصبح غير قادر على قيادة السيارة للذهاب إلى عمله فى وسط لندن ؛ لأنه يخاف من تعطل سيارته فى إشارة مرور ، وهو يتوقع إنه إذا حدث ذلك فسيجد أن الفخ الذى سقط فيه محزن ، لأنه سيضطر عندئذ لترك سيارته حيث وقفت ويفر . وهو يتوقع مقدار الحرج الشديد الذى سيكون فيه ؛ حيث يتخيل أنه سيتعرض لضحك وسخرية أصحاب السيارات الأخرى .

يبدو هنا أن أولويات العلاج ستكون لخفض الشعور بالكدر (الخوف ، القلق ، التوتر) الذى يعانيه العميل بينما هو فى سيارته فى زحام مرورى لفترة طويلة . وسيتساوى مع ذلك فى الأهمية أن نجعل أمر القيادة فى مدينة مزدحمة الشوارع مع وجود مخاطر حقيقية لتعطل سيارته امراً ممكناً . ويحتمل أن يكون تغيير توقعات العميل حول خبرته ضرورياً لهذا الغرض . وبالتالى لايبدو من أول وهلة انه من الضرورى مراقبة النشاط الفسيولوجى وتغييره بما فى ذلك معدل ضربات القلب أو التوصيل الجلدى والذى يبدو أنه لن يشارك بجزء فورى فى خبرة العميل ، ويتضمن التعبير عن الخوف والتجنب تأثيرات على الملاحظين بما فى ذلك الأخصائيين الأكلينيكيين وأسرة المريض ، على العكس من النشاط الفسيولوجى ومع ذلك ، ستتم مناقشة عملية مراقبة النشاط الفسيولوجى فيما بعد . وفى بعض الظروف تكون الإثارة الفسيولوجية موضع قدر أكبر من الاهتمام المباشر ، مما يوجد فى هذه الحالة .

(1) Stress
(2) Arousal

التأثيرات المعرفية

أصبح للنظريات التى تؤكد التأثيرات المعرفية تأثير كبير حاليا فى علاج المخاوف الاجتماعية (Butler , 1989) ، والقلق العام (١) ، واضطرابات الهلع (Clark et al., 1988) . وتؤكد هذه النظريات حساسية الناس المتخوفين والمستهدفين للهلع للمؤشرات المنبئة بالخطر (انظر على سبيل المثال Mathews and Meleod , 1986) وتفسير هذه الخبرات باعتبارها سلوكًا معرضًا للتهديد ، يؤدى لتفاقم القلق بعد ذلك ، والذى يؤدى بدوره إلى أعراض يستجيب لها العميل بقدر أكبر من القلق . إذًا يمكن القول أن مثل هذه التأثيرات تسهم فى مضاعفة تكدر المرأة المسنة التى سبق وصف حالتها . وقد كُرس قدر كبير من الاهتمام فى البحوث التجريبية خلال السنوات الأخيرة ؛ لأستدعاء المواد التى افترض أنها تحمل علامات الإنذار للأفراد ذوى اضطرابات القلق . وتشير الخبرة الاكلينيكية إلى أن مثل هؤلاء الأشخاص دائمًا ما يتذكرون الأحداث التى مرت بحياتهم ، والتى أضافت إلى قلقهم الحالى . مثال ذلك مريض معروف للمؤلف يعانى من القلق الاجتماعى كان كثيراً ما يتذكر أنه تعرض للمهانة من المدرسين فى المدرسة عندما كان صغيرا . ويلاحظ أيضا فى اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة ، تكرار أولئك الذين يعانون منها للوصف الحى لصور الذاكرة المقتحمة للأحداث الصادمة ، مثل تعرضهم لهجوم أو لحوادث طرق سببت تكدرهم .

وكثيراً ماتصف فوا وكوزاك (1986) Foa and Kozak نشاط الخوف فى المواقف المهدده للأشخاص الخوافيين بأعتباره يؤدى إلى تنشيط الذكريات ومع ذلك فقد فشلت أغلب الدراسات التجريبية فى تأكيد أن الأشخاص ذوى اضطرابات القلق عززوا أو أضعفوا استدعاء المواد ، المفترض أنها تقوم بالنسبة لهم بدور الأنذار بصفة خاصة ، سواء لدى مرضى مخاوف الاماكن المفتوحة (Pickles and Van den brok , 1988) أو مرضى اضطراب الهلع (Beck et al., 1992) ومرضى اضطراب القلق العام (Mogg et al., 1987) ومع ذلك فقد قام المحاربون القدامى فى حرب فيتنام ممن يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بتعرف جيد للكلمات التى تستثير ذكرى ميدان القتال مثل كلمة «اكفان» (Zeitlin and Mc Nally , 1991) ويتعارض ذلك مع تذكرهم الضعيف للمعلومات بصفة عامة .

واستخلص كنت (1985) Kent من مرضى القلق المرتفع من علاج الأسنان أن ذكرياتهم تغيرت ، فحتى بعد انقضاء ثلاثة أشهر على العلاج وصف المرضى الخبره باعتبارها أشد إيلامًا مما شعروا به وقت العلاج ، ويثير هذا احتمال أن المرضى باضطراب القلق لا يحتاجون أن يكونوا على قدر من الكفاءة لتذكر المعلومات التى تنذرهم على وجه الخصوص . وبدلا من ذلك .. فإنهم يشكلون ذكريات حتى إذا لم تكن صحيحة لتهددهم ، متسقة فى ذلك مع المعلومات الأخرى .

والأكثر اتساقاً أن المرضى أصحاب اضطرابات القلق يظهرون كفاءة أكثر من الأسوياء فى كشف المعلومات الإنذارية فى مهام ، مثل : اختبار ستروب (٢) ، واختبار الإنصات المزدوج(٣) (Mathews and Meleod , 1986) وقد ذكر الاشخاص الذين يخافون من الثعابين أنها تبدو أكثر حركة ، بالمقارنة بتقدير حركتها لدى مجموعة ضابطة (Rachman and Cuk , 1992) .

(1) Generalized Anxiety
(2) Stroop test
(3) Dichotic Listening

ولم تدرس بحوث التأثير المعرفى تأثير المعلومات ذات الأهمية الفريدة لكل مفحوص بصفة خاصة، كأن تستدعى ذكريات الطفولة لدى العملاء الذين سبق وصفهم . بالإضافة إلى ذلك ، فعلى الرغم من أن هذه الدراسات ترى أن المفحوصين ممن لديهم اضطرابات قلق يظهرون تحيزاً فى الانتباه وفى استدعاء المواد التى تقوم بدور الإنذار ، إلا أنه من غير الواضح ما إذا كان هذا يؤثر فى توليد الخوف يوماً بعد يوم أم لا . ومع ذلك فقد أوحت هذه الدراسات بضرورة وضع الفحص المعرفى للمخاوف فى الاعتبار ، خلال الممارسة الأكلينيكية ، وذلك بسبب انخفاض الحساسية لهذه التحيزات على وجه الخصوص والذى يبدو أنه يحدث مصاحبا للعلاج (Rachman and CUK , 1992 , Horowitz et al., 1979) وتظهر المناقشة التالية لاضطرابات القلق المختلفة ما الذى يمكن أن يكون عمليا ، وسيبين الفصل التالى أن تحديد اهتمامات كل مريض هو صلب العلاج المعرفى الناجح .

الفحص الأولى للمخاوف

البيانات النفسية الفسيولوجية

كانت البيانات النفسية الفسيولوجية للتوصيل الجلدى (١) ، ومعدل ضربات القلب (٢) على وجه الخصوص من الأشياء المفضلة ؛ لأن مثل هذه المتغيرات يمكن تسجيلها بشكل مستمر للمفحوص فى المواقف ، التى قد يكون من الصعب الحصول فيها بكثرة على تقارير لفظية عن القلق . وقد أظهر التسجيل المستمر للنشاط الفسيولوجى وبالأخص التوصيل الجلدى ، تحت التنبيه المتكرر ، أن بعض العملاء القلقين والخوافيين يظهرون انخفاضاً قليلاً فى الإثارة (٣) (اعتياداً) ، والذى يلاحظ لدى أفراد المجموعات الضابطة (Lader and Wing , 1976 ; Lader , 1967) واستخدم الانخفاض فى معدل ضربات القلب لبيان التأثيرات الناجحة عن علاج المخاوف ؛ الأمر الذى كان مؤثراً فى بداية تطور العلاج السلوكى (انظر أمثلة لذلك : Lader and Mathews , 1989 ; Watson et al., 1972) . وهناك مؤشرات أكلينيكية أخرى لأستخدام الفحص النفسى الفسيولوجى ؛ فمن الممكن أن يكون العملاء ممن لاتُظهر استجاباتهم الفسيولوجية للمواقف المثيرة للخوف تغيراً جوهرياً مع العلاج ، هم الاكثر احتمالا للانتكاس حتى إذا كانت تقاريرهم عن الكدر والتجنب تبين تحسنا (e. g Barlow et al., 1980 , Crask and Rachman , 1987) ، ويمكن للمعدل السريع لضربات القلب قبل الأختبار السلوكى السابق مباشرة للعلاج أن ينبئ بعودة الخوف بعد علاج ناجح . والمعدل المرتفع لضربات القلب أثناء الاختبار السلوكى بعد العلاج يمكن أيضاً أن يكون منبئاً بالأنتكاس . ومع ذلك ففى الممارسة الأكلينيكية وحيث يختبر فرد واحد سيكون من الصعب معرفة أى مستوى من ضربات القلب قبل أو بعد العلاج يمكن أن يتنبأ بثبات . وينُصح بتوخى الحذر من إعتبار أن الفشل فى إظهار أى انخفاض فى معدل ضربات القلب مع العلاج يعد منبئاً ممكنا للانتكاس، حتى إذا قرر المفحوص أن لديه قليلاً من الخوف أو التجنب عند اكتمال العلاج .

ويمكن النصح بتسجيل البيانات الفسيولوجية ، عندما يكون المفحوص غير قادر على تحديد مقدار خوفه ، وعندئذ قد يوفر تسجيل معدل ضربات القلب وغيره من المتغيرات الأخرى ، مثل : التوصيل الجلدى تصويراً أكثر صحة لمقدار ما يشعر به المفحوص من خوف تحت ظروف التوتر .

---

(1) Skin Conductance
(2) Heart rate
(3) Arousal

وعلى الرغم من ذلك ، ولسوء الحظ ، فإن الارتباطات بين الكثير من المتغيرات الفسيولوجية المستخدمة لهذا الغرض تبين منذ فترة طويلة أنها منخفضة ومتباينة ، ومن المؤكد أيضاً أنها ليست ارتباطات بسيطة (Duffy , 1962) . يضاف إلى ذلك أن العلاقة بين تعبير العميل عن الخوف ، واتخاذ سلوك التجنب ، والنشاط الفسيولوجي يمكن أيضاً أن تكون منخفضة هي الأخرى (Andrasik , et al., 1980 ; Hodgson and Rachman , 1974) ، ولهذا فقد اقتُرح أن تمثل هذه المجالات الثلاثة للقياس جميعها فى الفحص الأكلينيكى للأشخاص الخوافيين (Lang , 1979) ، وعلى الرغم من ذلك فقد أدى هذا المنحى لجعل مصادر المعلومات المختلفة صعبة التفسير (Kozak and Miller , 1982) وذلك على الرغم من محاولات كثيرة جرت لتحديد كيف يتعلق النشاط الفسيولوجي بالمتغيرات الأخرى المهمة فى الخوف ، وحتى الآن لم تتقرر قيمة جمع بيانات فسيولوجية بشكل روتينى فى العمل الأكلينيكى . يضاف إلى ذلك أن تسجيل بيانات فسيولوجية غير زائفة من الأمور الصعبة والمكلفة فى الممارسة الأكلينيكية (Martin and Venables , 1980 ; Ray and Kmmel , 1979) ؛ فمعدل ضربات القلب يتعين تسجيله فقط عندما يكون المفحوص فى راحة لمدة ١٥ دقيقة على الأقل ، وحتى فى هذه الحالة يتعين أن يتم التسجيل بأقل حركة ممكنة من المفحوص ، قبل أن يخضع لمهمة سلوكية سبق وصفها له (انظر على سبيل المثال Craske and Rachman , 1987) .

وقد يُظهر معدل ضربات القلب ، تحت ظروف معينة تباطئاً لا تسارعاً استجابة للتنبيه . وقد اعتُبر الاتجاه الذى يكون فيه انتباه المفحوص من المسلمات فى هذا الأمر (Lacey and Lacey , 1980)، وبالتالى يصعب استخدام معدل ضربات القلب لتقدير الارجاع القصير للمنبهات المتمايزة ، وربما يكون من الأفضل ملاحظتها على امتداد فترة زمنية مثل عشرة دقائق مثلاً ثم يسجل المستوى المتوسط .

وقد ذكر لانج Lang (1979) أنه عند تسجيل معدل ضربات القلب قدتوجد زيادة فيه لدى بعض الأفراد الخوافيين ؛ نتيجة لتخيلهم مواجهة موقف علاج الأسنان مثلا وهو الموقف الذى يرعبهم ، لكن عندما يتخيلون فقط هروبهم منه ، ومع ذلك فليست كل المخاوف واضحة بهذه الطريقة ، فمرضى خواف الأماكن المفتوحة سيظهرون زيادة قليلة فى معدل ضربات القلب ، عندما يتخيلون وقوفهم فى صف فى مركز تسوق ، ويسقطون سلة مشترواتهم ويهربون خارجين من المركز ، وحتى بعد التدريب على تشجيع الانتباه التخيلى لمثل هذه الأحداث .(cf . Zander and Mc Nally , 1988) ، وتعتقد فوا وكوذاك Foa and Kozak (1988) أن المفحوصين فى حاجة لأن يكونوا مدركين أثناء مواقف اثارة الخوف لكل ما يليها حتى يظهروا الإثارة الفسيولوجية ؛ أى معنى الخبرة (مثال ذلك : قد أموت ، أشعر بالمرض) ، والاستجابه الجوهرية (بمعنى : أشعر بالأغماء ، أشعر أننى لا أستطيع التنفس) والمنبهات الجوهرية (بمعنى : كل الناس تنظر إلىّ) ويحتمل أن تكون مثل هذه المتعلقات الواضحة بزيادة ضربات القلب ضرورية للحصول على نتيجة ناجحة من العلاج (Foa and Kozak , 1986)

على الرغم من أن الدليل على ذلك ضعيف (Marks , 1987) توجد محاولات يذكر منها ما قام به اوست وزملاؤه Ost and Colleagues (e. g. Ost et al., 1984) لتحديد خصائص الأشخاص الخوافيين، وما إذا كانوا من أصحاب الاستجابة الفسيولوجية أو أصحاب الاستجابة النفسية للمواقف المثيرة للخوف، حيث يتسم الأولون بأنهم يستجيبون بزيادة فى معدل ضربات القلب .. إلا أنهم يستطيعون إكمال الاختبارات السلوكية مثل السير فى طريق مزدحم فى مدينة ، أما الاخيرون فغير قادرين على القيام برحلة بعيدة بطول الشارع ، ولكنهم لا يستجيبوا بزيادة مماثلة فى معدل ضربات القلب للمسافة التى يسيرونها .

ومع ذلك فمن غير الواضح إذا ما كان لذلك ثبات إعادة اختبار أم لا . ويقع بعض الأفراد فى الفئتين ، وقد لا يكون من الأمور المثيرة للدهشة أن يكون التسجيل الفسيولوجى مجرد موضة فى الممارسة الأكلينيكية ، والاهتمام الأكبر منصب الان على سلوك المفحوصين وتقارير الخوف والتجنب الذاتية . وحتى بالنسبة للملاحظة المستمرة لمستويات التكدر لدى العملاء ، قد تكون التقارير الذاتية مناسبة ، وقدأشار لاند (شكل ١ - ٨ ص٢٠٦, Land 1982) إلى أن مثل هذه التغيرات تحدث من دقيقة لأخرى فى تقارير العملاء أثناء جلسات الإغراق .

تقارير المرضى عن الخوف ومعلومات اخرى

يجب وضع الأمور الآتية فى الاعتبار عند فحص معظم المخاوف ، ويمكن الحصول على كل هذه المعلومات فى مقابلة العميل ، أو عندما يُسأل العميل أن يتخيل وجوده فى موقف معين ، أو أثناء تجربة (بروفة) للعب الأدوار فى مثل هذا الموقف ، أو أثناء موقف اختبار حى لمخاوفه ، وسيكون من المناسب بقدر أكبر وصف كيفية جمع هذه البيانات ، عند وصف موقف الاختبار السلوكى (انظر ص ١٧٩) . ويجب على الأخصائى الأكلينيكى على امتداد المناقشة التالية أن يميز بعناية بين ما يعبر عنه العميل باعتباره سيحدث ، وبين ما يذكر أنه حدث بالفعل ، أو ما يحدث له فى الموقف الذى يدركه . مثال ذلك مريض بخواف الأماكن المفتوحة قد يتوقع أن يسقط على الأرض أو يفقد الوعى وسط الناس نتيجة لنوبات الدوار ، ولكنه قد لا يكون قد مر بهذه الخبرة على الإطلاق أثناء نوبة هلع . وقد تختلف الأهداف والإجراءات العلاجية بشكل جوهرى ، طبقًا لما إذا كان العميل يتوقع فقط أن يعانى من الانهيار ، أو عانى بالفعل من الانهيار وسط الناس .

ويحتمل أن يكون من الممكن تحديد المواقف والمنبهات ، التى يتوقع العميل أن تسبب له الكدر ، أو أنها سببت له بالفعل القدر الأكبر من الكدر ، وبالتالى يكون جوهرياً بالنسبة للمريض الخوافى تحديد المتاجر الكبرى والشوارع والأماكن الأخرى التى ترتبط بخوفه وتوتره الحاد ، أو ببعض الانفعالات السلبية القوية لديه . وقد تكون أكثر الخبرات إثارة لكدر العميل الذى يرعبه الرعد أن يكون فى عربة سفر معسكراً فى حقل أثناء وقوع عاصفه . وسيكون من الأمور البناءة على وجه الخصوص تحديد المواقف ذات الاحتمالية القوية ؛ لأن يواجهها خلال أنشطته اليومية .

وقد تكون بعض خصائص هذه المواقف مهمة ، مثال ذلك مدى بعدها عن مسكنه ، وجود أو غياب صديق موضع ثقته ، ضوضاء المرور ، الإضاءة الشديدة ، واستجابات الناس الآخرين لتكدر العميل وبالأخص الغرباء عنه . مثال ذلك هل حدث للعميل الذى يخاف من العثة (١) وامتنع لذلك عن الخروج مع الأسرة فى نهاية الأسبوع ، أن أغاظه أحد عند تحذيره من وجود عثه ، وان ذلك جعله متضايقاً وحزيناً بصفة خاصة .

وعدم وجود أبواب خروج بالقرب من المرضى الخوافيين من الأماكن المفتوحة أو التزامهم بالجلوس على مقعد الحلاق ، أو حصارهم واقفين فى صف ، يمكن أن يضخم من كدرهم . وبالتالى فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يحدد أى خصائص الموقف هى الأكثر إثارة للضيق ، وقد يكون من الضرورى أن يتم هذا التحديد بتعبيرات أكثر دقة ؛ مما يحدث خلال جلسة المقابلة الأولى .

---

(1) Moths

ما الذي خبره العميل أو توقع أن يعانيه في المواقف، التي يمكن أن تكون مصدر خوفه ؟

ما الذى شعر به العميل أو توقع أن يشعر به : مرعوبا ، متوعكا ، متوترا ، متحيرا ؟ هل كانت هناك أحساسات بدنية سائده مثل وجود دوار أو رعشة أو إحساس بالسخونة والبرودة ، وصعوبة التنفس، أو أحساسات غريبة فى المعدة ؟ وقد تكون الخبرات المكثفة اعراضاً لنوبة هلع (جدول ١ – ٧) ، ويمكن أن تحدث مع أغلب المخاوف (Barlow et al., 1985) .

ما الذى ذكر العميل فى تقريره أنه قام بتجنبه ؟ هل ركب العميل سيارة أجرة للعودة إلى منزله بدلاً من استكمال تسوقه ، أو جلس فى مقهى ؟ وقد تظهر بعض أشكال التجنب الأخرى الأقل وضوحاً مثل عدم النظر إلى اكثر جوانب الموقف المثير للكدر ، فقد ينظر خوافى الأماكن المفتوحة إلى رصيف الشارع بدلا من النظر إلى زحام المرور ، ويبتكر البعض الأخر منهم طريقة أخرى لعمل مشتت يقوم به للحصول على التأثير نفسه .

وقد يمنع العملاء الذين يخافون من العواصف الرعدية أفراد اسرتهم من الخروج فى نزهة فى آخر الأسبوع ، أو قد لا يخاطرون بالخروج دون أن يكونوا قد استمعوا لنشرة الأرصاد الجوية .

والعملاء نوى المخاوف الطبية أو مخاوف الأسنان قد يؤخرون السعى للحصول على الخدمة الطبية أو خدمة طبيب الأسنان . وقد يخفى العملاء نوى المخاوف الاجتماعية أنفسهم خلف الصحف ، عندما يكونون فى مكان عام ؛ ليتجنبوا الانخراط مع أحد فى حديث مما يجرى بين الناس فى الأماكن العامة .

ما الذي يفعله المفحوص أيضاً نتيجة لتوقع الأسوأ ؟

إنه يبحث عن تأكيدات متكررة من الأسرة والأصدقاء والأطباء ؟ يبحث عن كتب ومقالات صحفية تتناول الأمراض ، مثل أمراض القلب والعدوى بفيروس الإيدز (١) . وهناك امرأة يعرفها المؤلف ، تخشى أن تكون قد تعرضت لألتقاط عدوى الإيدز (٢) وأنها قد تكون نقلتها إلى زوجها ، وهى تتصل به تليفونيا أثناء وجوده فى العمل عدة مرات فى اليوم لتسأله عن ما إذا كان سعاله المتكرر (والذى تعتقد انه دليل على سقوطه تحت وطأة الإيدز) أصبح أفضل أم لا . ويقوم مرضى آخرون بشرب الكحول – على سبيل المثال – قبل قيامهم بعمل يسبب لهم الخوف مثل التسوق .

هل هناك ضعف في المهارات ؟

هل يجف لعاب العميل أثناء تحدثه وسط الناس ، أو هل يتردد فى حديثه أو يتهته ؟ هل تعانى امرأة لديها خواف الأماكن المفتوحة من صعوبة فى عد نقودها ، أو تذكر قائمة مشترواتها ، عندما تكون فى متجر مزدحم ؟ وقد ينسى العملاء أصحاب القلق الاجتماعى ما الذى كانوا يريدون قوله ، وقد ينسون حتى كيف يقولونه، عندما يكونون وسط مجموعة من الناس . والكثير من العملاء الذين تدربوا على الاسترخاء فى البيت ، قد يغمرهم التوتر ، وبالتالى يصبحون غير قادرين على استخدام هذه المهارة، عندما تكون الحاجة إليها كبيرة .

(1) Hiv
(2) Aids

ما المعتقدات والتوقعات التي يذكرها العميل في تقريره حول خوفه ؟

هل تفكر المرأة التى تخاف من الأماكن المفتوحة من أن الإحساسات البدنية التى تشعر بها تعنى أنها ستصاب بذبحة صدرية ؟ هل يعتقد الأشخاص ممن لديهم قلق اجتماعى أن الآخرين سيفكرون أنهم أغبياء إذ قالوا أى شىء عادى أو تافه ؟ هل يعتقد من يخاف علاج الأسنان أن أطباء الأسنان دائمًا ما يقوموا بخلع الأسنان عندما يواجههم المريض ؟ هناك سؤال جوهرى هو الآتى : ما الذى يعتقد العميل أنه سيحدث ، أو ما هو أسوأ ما يعتقد أنه سيحدث ؟ بعض النساء ممن لديهن اضطرابات الهلع يعتقدن أن نوبات الهلع غالبًا ما تأتى قبل الدورة الشهرية مباشرة (Cook et al., 1990) .

ولم تؤيد اليوميات المسجلة لنوبات الهلع وبداية ونهاية الدورة الشهرية ما تقوله العميلات (المرجع السابق) .

والمعاناة من الكدر بالنسبة للكثير من الأفراد ، تصحبها درجات مختلفة من عدم التأكد من النتائج ، وقد يكون الشعور بعدم التأكد فى بعض المخاوف أو نقص القدرة على السيطرة على الأحداث هو الذى يؤدى إلى القدر الأكبر من الأسى (Miller , 1979 ; Thompson , 1980) . وقد يكون من المفيد أيضاً اكتشاف الطريقة التى سيفكر العميل فى السلوك بها وهو تحت هذا التوتر ؛ أى كيف سيفكر فى أنه سيكون قادراً على السلوك الذى تم تجنبه (انظر Cone , 1979) . وقد بين بعض المؤلفين أن مثل هذه التقييمات للكفاءة الشخصية منبئات جيدة لسلوك العميل التجنبى . غير أن تقريراً واحداً ذكر أن مثل هذا التنبوء يمكن الحصول عليه بالقدر نفسه من الجودة من توقعات العميل حول مقدار ما سيشعر به من قلق ، عندما يكون فى الموقف الذى تم تجنبه (Kirch et al., 1983) .

ما المواد التي يتعاطاها العميل ؟

الكثير من المواد يمكن أن يؤدى إلى تفاقم القلق ، ويساعد على بداية نوبة الهلع ، وتتضمن هذه المواد الكحول (Cox et al., 1990) والكافيين فى المشروبات الخفيفة مثل الكولا والبيبسى والـ IRN - Bru والقهوة والشاى (Charney et al., 1985) والقنب والكوكائين والعقاقير الأخرى المحظورة مثل اللورزبام Lorozepam والديزبام diazepam (Peturss and Lader , 1984) ، وبعض مضادات الاكتئاب مثل السيروكسات Seroxat ، وبعض العقاقير الأخرى مثل السلوبتامول Salbutamol الذى يستخدم لعلاج الربو (British Medical Association , 1993) ومما يدعو للسخرية أن الكثير من هذه المواد يستخدمها العميل ، وهو يعتقد أنها ستساعده فى التغلب على القلق . ويذكر أحد التقديرات أن ٢٠ فى المئة من الناس ممن لديهم اضطرابات قلق يتعاطون الكحول بإفراط (المرجع السابق Cox et al.,) ، وهناك أيضاً سؤال آخر ، هل يأكل العميل كفاية من الطعام ؟ ومن خبرة الباحث يلاحظ أن استهلاك قدر قليل من الطعام يمكن أن يرتبط بنوبات الهلع والزيادة المفاجئة فى القلق ، ويحدث ذلك على وجه الخصوص ، إذا ترافق مع تعاطى المواد المثيرة للقلق [1] مثل القهوة السوداء . وقد يحدث ذلك عند أولئك المنشغلين بزيادة وزنهم ، وبالتالى لا يتعاطون فى إفطارهم إلا القهوة .

(1) Axiogenic

الفحص الطبي

هناك العديد من الأمراض التى يسود القلق فى وجودها مثل نقص السكر لدى مرضى السكر، وقلة كمية الطعام المستهلكه وأسباب أخرى ، والتوتر المفرط والتسمم بالكافيين ، وزملة الدوار (١) والنشاط الزائد للغدة الدرقية ، وخمول الغدة تحت الدرقية ، وزملة كشنج (٢) (التى ترجع لزيادة دورة الكورتيزول) (٣) وورم الغدد القاعدى ، الذى يرجع إلى الاورام فى الغدد الأدرينالية ، والذى يستثير إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين ، وارتخاء الصمام المترالى ، وأمراض الشيخوخة الناتجة عن العدوى (Marks , 1987) ، وتؤيد هذه الملاحظات ضروره الفحص الطبى لكل الحالات ؛ حيث القلق ومتعلقاته الجسمية واضح .

مقاييس التقدير الذاتى

المقاييس أحادية البند

تتوفر مقاييس أحادية البند لتسجيل خبرة العميل فى الخوف والقلق ، وهى تحدد أربع نقاط أو أكثر على امتداد متصل وحتى ١٠٠ نقطة . وعليها توصيفات لنقاط ارتكاز فى الوسط والنهاية (انظر الفصل الأول) وتختلف هذه التوصيفات اختلافات جوهرية بين المقاييس المختلفة . ففى بعض المقاييس توجد نقاط تنفى خبرة الخوف والارجاع الفسيولوجية ، أو الخوف وبعض المتغيرات الأخرى مثل التجنب أو الصعوبات التى يتسبب فيها الخوف . وقد ابتكر جيلدر وماركس Gelder and Marks (1966) مقياساً يعبر فيه الصفر عن : « لا وجود لمشاعر عدم الراحة عند مواجهة موضوعات مخيفة » . بينما تشير الدرجة ٥ إلى «نوبة هلع مرعبة ، عندما لا يكون التجنب ممكناً » . وهناك مقاييس أخرى تستخدم لوصف أعراض التعرق ، وخفقان القلب ، وانقطاع التنفس ، وهى أيضاً مقاييس ذات أبعاد من ست نقاط « للشدة – التكرار » . وقد وضعت مقاييس أخرى فى هذه الدراسة ، أعدها المعالج والمرضى وأحد المتخصصين المستقلين فى القياس . وتراوحت معاملات الارتباط بين المقدرين بين ٠,٦٩ وحتى ٠,٨٢ . إلا أن بعض المؤلفين لم يجدوا لسوء الحظ ارتباطات جوهرية مماثلة (مثال ذلك Solyom et al., 1973) بين المصادر المختلفة للقياس بهذه المقاييس .

وقد صمم ماركس وماثيوز Marks and Mathews (1979) بطارية واسعة الأستخدام ، تتضمن سؤال العميل أن يقدر احتمال تجنب سبعة عشر موقفاً بما فيها مخاوف العميل نفسها ، وذلك على مقياس من ٩ نقاط . كما تم تكميم بعض الخصائص كالطبيعة المُشكلة (٤) لستة أعراض مثل « الشعور بالتوتر أو الذعر » أو « الأفكار الكئيبة التى ترد إلى ذهنك » على مقياس من ٩ نقاط . كما توصف أخيرا أعراض المخافة الأساسية لدى العميل على مقياس « للاضطراب – العجز » على مقياس من ٩ نقاط أيضا . وبينما قد يكون من المناسب لبعض العملاء استخدام مثل هذه المقاييس ، فقد يكون من المناسب بدرجة أكبر ابتكار مقاييس ، تناظر كل مخافة من مخاوف العميل ، كما يقدرها هو بنفسه (انظر الفصل الأول) .

---

(1) Ménière Syndrome
(2) Cushing Syndrome
(3) Cortisol
(4) Problematic nature

ولسوء الحظ ، فعندما يتم تقدير عرض واحد ، ولا يكون مرتبطاً ببعض الدلائل الكاشفة ، مثل: التجنب أو زيادة خفقان القلب ، فإن نقاط الارتكاز على المقياس تصبح أمراً صعباً . وتؤدى الارتباطات الضعيفة بين المتغيرات المختلفة للخوف والقلق ، والتى سبق الإشارة اليها إلى جعل هذا الأمر محتوما ، مثال ذلك نقطة الارتكاز « عصبى للغاية عند مواجهة الناس حتى أننى لا أستطيع أن أعرض خطة بحثى فى اجتماع » لا يمكن أن تكون صادقة بالنسبة للعملاء ، الذين قدموا بالفعل هذا العرض لخططهم ،على الرغم من قلقهم ، نتيجة لأن وظائفهم كانت ستتعرض للخطر . وعلى الرغم من أن المقاييس القطبية الفردية من نوع صفر = لا قلق ، إلى ١٠ = متطرف القلق ، يمكن أن تكون سريعة وسهلة التطبيق ، إلا أنها قد تكون حساسة لمصادر التحيز ، التى أشير اليها فى الفصل الأول بالنسبة لهذه المقاييس ، ذات نقاط الارتكاز الضعيفة . وأدى ثبات إعادة الاختبار المتغير لتقديرات هذه الأعراض ، والتى كان يعتقد أنها مستقرة فى مخاوف الأماكن المفتوحة (Michelson and Mavissakalian , 1983) إلى توجيه هؤلاء المؤلفين للنظر فى الخصائص السيكومترية لهذه القياسات بنظرة شك .

ويبدو ، لسوء الحظ ، أنه من الضرورى دائما تحديد التغيرات فى تكدر المفحوص على امتداد الفترات القصيرة ، مثال ذلك على امتداد جلسة علاج تبلغ ثلاثين دقيقة . وقد تكون مقاييس التقديرات الأحادية ،التى تطبق مرات متكررة هى الوسيلة الوحيدة لذلك*(شكل ١ - ٨ ص ٢٠٦) كما يمكن استخدام بند أو أثنين من بطارية سبيلبرجر « حاله - وسمة القلق » (من الجزء الخاص بالحالة) Spielberger et al., 1983) وانظر القسم التالى) .

مقاييس التقدير الذاتى متعددة البنود

صممت الاستبارات [١] بهدف خفض الخطأ المعيارى للقياس ، من خلال الحصول على عينة من تقديرات العميل للخوف أو القلق عدة مرات فى موقف واحد (e . g . Spielberger et al., 1983). وتتضمن بعض المقاييس محاولة لزيادة صدق المضمون ، من خلال الحصول على عينه من خبرة المفحوص الجسمية بالإضافة إلى حصولها على البنية اللفظية للقلق (e . g . Husek and Alexander , 1963) وكلا هذين النوعين من المقاييس يمكن تطبيقهما على أى خوف ، وعلى القلق الهائم [٢] . وقد صممت بعض المقاييس للحصول على عينة من خبرة العميل عن أعراضه الجسمية فقط (Lay et al., 1974) .

وقد صمم الكثير من المقاييس لقياس شده مخاوف معينه ، مثل قلق الاختبار [٣] والخوف من الارتفاعات ، والثعابين ، والعناكب ، وطب الأسنان (Haynes and Wilson , 1979 , Corah , 1969) . ومع ذلك فأغلب هذه المقاييس درست على عينات صغيره تتكون أساساً من طلاب الجامعة فى الولايات المتحدة ، وبالتالى فإن تقديرات ثباتها وصدقها يجب تفسيرهما بقدر كبير من الحذر .

وهناك على وجه الخصوص عدد من المقاييس ، يمكن الاهتمام به بقدر أكبر من التفصيل ، وهى تستخدم لقياس القلق العابر (٤) دون اعتبار للسبب الذى أثار هذا القلق . بمعنى أن يطلب من المفحوص إكمال المقياس ؛ ليصف الحال الذى يكون عليه الآن ، وقد يكون ذلك أثناء اختبار سلوكى ، أو أثناء جلوسه فى العياده ، أو قبل انخراطه مباشرة فى خبرة مباغتة مثل إجراء جراحة صغيرة .

(1) Questionnaires
(2) Floating anxiety
(3) Test anxiety
(4) Transit anxiety

وغالبًا ما تستخدم لهذا الغرض بطارية حالة وسمة القلق (صورة الحالة) ، STAI (Spielberger et al., 1983) والتى تتضمن ٢٠ صفة ، جميعها مرادفة أو مناقضة « للقلق » ، ويقدر كل منها على مقياس من أربع نقاط : إطلاقا ، إلى حد ما ، بدرجة متوسطه ، كثيرا جدا ، وقد تم توثيق هذا المقياس على نطاق واسع (Smith and Lay , 1974 ; Buros , 1978) . وكان له صدق محك مرتفع على مفحوصين ،تحت مدى واسع من التوترات أثناء وقبل وبعد العلاج السلوكى ، كما كان له أيضا اتساق داخلى مرتفع (Spielberger et al., 1983)، وبالتالى يكون لبطارية حالة وسمة القلق من الناحية النظرية، خطأ معيارى منخفض للقياس . ومع ذلك فبعض المفحوصين يمكن ان يشعروا بالتهيج أو الانفعال من تقديم أوصاف مشابهة لما فى المقياس ، مثل : البنود « أشعر بالعصبية أو النرفزة » ، « أشعر بدرجة عالية من التوتر » أو « أشعر بالهدوء » ، أو أنا مسترخى » . ولا يثير الدهشة أن يجيب المفحوصين بطريقة متشابهة لمرادفات القلق ، ويجيبون إجابات متسقة عن النقائض ، إلا أن هناك تناظراً أقل بين الفئتين (Kendall et al., 1976) وحصل مؤلفو « بطارية حالة وسمة القلق » وأخرين . Knight et.al (1983) على معايير لمرضى سيكياتريين واشخاص اسوياء . ومره أخرى فإن نقاط ارتكاز مقياس لتقدير الذات تتراوح فيه الاجابة بين «اطلاقاً » وحتى « كثيرا جدا » تؤدى الى مقارنة عشوائية بين المفحوصين ، وبالتالى فإن بطارية «حالة وسمة القلق» يمكن التوصية بها لفحص التغيرات داخل المفحوصين فقط .

الاختبار السلوكى

كلما كان من الممكن ، يجب قياس قدرة المفحوص على تحمل تجنب المواقف حتى الآن ، وذلك قبل وأثناء وبعد العلاج ، وسيكون ذلك ممكنا بالنسبة لأغلب المخاوف ، ولكنه قد لا يكون متاحا بالنسبة للقلق العام (١) ، أو فى بعض المواقف مثل حالات العلاج الطبى أو العلاج الطارئ . وربما تكون أكثر قياسات التجنب بساطه فى مخاوف الحيوانات والحشرات ، هى أن يطلب من العميل أن يقترب نحو الكائن إلى أقرب نقطة ممكنة دون أن يشعر بالقلق . والمسافة المتبقية فى نهاية الأمر بين نقطة وقوف العميل والهدف هى مقياس لتجنب العميل (Lang and Lazovik , 1963) ، ومثل هذه المقاييس أحادية التباين للتجنب، دائما ما لا تكون عمليه أو واقعيه فى العمل الأكلينيكى . ومع ذلك فالأكثر شيوعاً هو التفكير فى سلسلة من المواقف ، التى يمكن تنظيمها فى تدرج بواسطة العميل على مقياس مركب ، يرتبط مباشرة بالشعور بالكدر الذى تستثيره . ومن ثم يصف العميل المواقف التى يتوقع فيها معاناة أكبر قدر من القلق . وقد يكون ذلك القدر هو الوقوف فى وسط صف طويل ، انتظاراً لدفع ثمن المشتروات فى مركز تجارى مزدحم وتملاءه الضوضاء وتحت إضاءة صناعية شديدة . وتحمل هذا الموقف ربما يكون الهدف النهائى من العلاج .

وموقف آخر مشابه مطلوب من هذا العميل ، قد يكون الوقوف فى صف فى موقف الحافلات . وقد يكون الأقل إثارة للقلق بدرجة خفيفه هو التوجه إلى الخزانه فى المركز التجارى ، دون الحاجة للانتظار. ويجب وصف موقف يخلو تماماً من معاناة القلق . وبالتالى ففى سلسلة من حوالى عشر مواقف يمكن تقديم تدرج يبدأ فيه العميل من الأقل إثارة لتوتره ، والذى يمكن أن يكون فى هذه الحالة بقاؤه فى البيت مع أسرته .

---

(1) Generalized anxiety.

وإحدى الممارسات المهمة فى الاختبار السلوكى ، تكمن فى تحديد أى من هذه المواقف يمكن للعميل معالجته ، دون معاناة شىء أكثر من مجرد عدم الشعور بالراحة مثلا . ويجب أن يقوم الأخصائى الاكلينيكى ، أو أى شخص آخر ، والذى قد يكون معاونه فى العلاج ، أو زوج العميلة ، أو زوجة العميل بملاحظة العميل فى هذه المواقف والاختبارات الحية (١) من هذا النوع ، والمرغوبة بدرجة كبيرة لأن جوانب تجنب كثيرة لأشكال سلوكية أخرى قد تكون واضحة دون أن يكون العميل قد وصفها فى المقابلة . وقد يتضمن ذلك عدم النظر لأعلى أو اللجوء لمرافق . بالإضافة إلى ذلك ، فعلى العميل توقع أن يكون قادراً على تحمل موقف ، فى الوقت الذى يكون فيه هذا الموقف مهدداً له فى الواقع بدرجة كبيرة ، ويحتمل أن يكون العميل قادراً على تقديم تقدير اكثر دقة لما يشعر به (مقياس تقديرات) ، أكثر مما يتوقع أن يفعل فى العيادة مثل أعلى بند يستطيع العميل تحمله ، والوقت الذى يستطيع العميل قضاءه فى موقف معين قد يكون مقياسا آخر «للاقتراب – التجنب» . كما أن المسافة التى يستطيع العميل قطعها سيرا فى شارع مزدحم ، قبل أن يستدير ، ويعود أدراجه يمكن أن تكون مقياسا آخر .

ويمكن أن تكون المواقف التى سبق وصفها مناسبة لبعض مرضى مخاوف الأماكن المفتوحة . وقد وصف ماثيوز وزملاؤه (Mathews et al . (1981 : 202 - 5 بعض البنود الأخرى ، التى يمكن أن تكون ذات قيمة لمرضى خواف الأماكن المفتوحة .

ويتعين أن يصف العملاء ممن ترتبط مخاوفهم أساساً بمواجهة الناس والاتصال بهم بنوداً ، مثل: السير على امتداد شارع مزدحم ، عدم الوقوف بجانب أحد ، والنظر إلى العابرين بنظرة ثابتة ، أو شراء قطعة جبن ، وسؤال البائع إذا كنت تستطيع تذوقها أولاً (Emmelkamp , 1982) .

وقد يجد البعض من أمثال هؤلاء العملاء أنه من الصعب النظر من فوق حافة الصحيفة أو الكتاب عندما يكونون فى مواقف عامة مثال ذلك أثناء جلوسهم فى حافلة أو فى حجرة انتظار فى مستشفى . وقد وضع لندزى (Lindsay (1985 مجموعة من البنود لأصحاب مخاوف طب الأسنان والحقن .

ويجب تأكيد أن تحمل العميل لبند معين قد يتأثر فى الواقع بتعليمات المعالج أو بمطالب مشابهة من مصادر أخرى (Trudel , 1987) . ووفقا لمقدار الإقناع الذى يظهره المعالج للعملاء ، قد يظلون تحت وطأة مواقف مثيرة لكدر شديد لفترة غير محدودة غالبا (كما يفعلون فى العلاج بالغمر أو الإغراق انظر الفصل الثامن) . وبالتالى فإن التحمل السلوكى ليس مقياساً غير متحيز للخوف (Trudel , op . cit).

التقارير الذاتية لعينة من الخوف والقلق

يقترح هنا أن يقوم الأخصائى الأكلينيكى أثناء تقديره أو قياسه للخوف بتسجيل كل من خبرة العميل وتوقعاته للخوف . ويمكن توجه سؤالين للعميل ، عندما يكون فى طريقه لمواجهة موقف معين سواء تخيلى أو واقعى .

١ – ما مقدار قلق المفحوص الآن ؟ (يجيب المفحوص عن مقياس تقديرات) .

٢ – ما مقدار الكفاءة التى يتوقع المفحوص أن يتغلب بها على الموقف ؟ (يجيب المفحوص عن مقياس تقديرات) .

(1) Invivo.

ويتعين بالإضافة إلى ذلك ، بالنسبة لمخاوف معينة أن يسجل العميل أفكاره السلبية فى سجل يومى ، فى وقت تعرضه لأكبر قدر من الخوف .

وصف اضطرابات القلق العام

من الممكن تنظيم مقابلة شخصية محددة البنية ، تناظر محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل DSM III - R (De Nardo et al., 1985) ، وما يلى يحدد الخطوط العريضة لخصائص اضطرابات القلق الكبرى .

اضطـــراب الهـــلع

يبين شكل (١- ٧) الاعراض التى ترتبط عادة بالهلع .(DSM III - R ; American Psychiatric. Association , 1987)

واضطراب الهلع وفق خصائصه فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل يتطلب معاناة أربعة أعراض على الأقل (جدول ١ - ٧) خلال نوبة فزع واحدة على الأقل ، يكون الهلع فيها غير متوقع ، ولم يستثار بواسطة سبب عضوى أو ظروف غير محدده . وعلى أن تحدث أربع نوبات هلع على الأقل ، خلال فترة أربعة أسابيع ، والبديل لذلك أن تحدث نوبة أو نوبتين يليهما شهر على الأقل ، يكون فيه المفحوص فى فزع من تكرارها . وأن تصل بعض النوبات إلى أقصى حد خلال عشر دقائق على الأقل . ويمكن تحديد هذه الخصائص فى استخبار نوبات الهلع المفاجئة (١) (PAQ ; Norton et al., 1985) والذى تم تحديثه ليناسب تماماً الدليل الثالث المعدل ، ويستجيب له المفحوصون بأنفسهم .

وقد صمم كلم وآخرون Clum et.al . (1990) استبارا يتضمن قائمة اعراض اضافية كثيرة يمكن معاناتها فى نوبات الهلع.

وأحد أكثر الفروض ذات التأثير ترى أن نوبات الهلع تحدث بسبب الشهيق التنفسى المفرط بما يزيد عن متطلبات عمليه الهدم والبناء (٢) ، ويترتب على ذلك إطلاق ثانى أوكسيد الكربون (٣) من الرئتين ، وينخفض مستوى ثانى أوكسيد الكربون فى الدم ، ولأن ثانى أوكسيد الكربون يعمل من خلال المستقبلات الكيميائية (٤) كمنبه للتنفس ، وعندما يصل لمستوى حرج (٥) ، يتوقف التنفس (٦) عن السماح لثانى أوكسيد الكربون بإعادة التزود من أيض (٧) الأوكسجين ، ويؤدى استنزاف ثانى أوكسيد الكربون الى تغيرات فى الجهاز العضلى ، وانقباض فى الاوعية الدموية للمخ والشرايين التاجية على وجه الخصوص . ويمكن استحداث هذه التغيرات فى المفحوصين الآدميين ، بواسطة شهيق إرادى متطرف العمق من خلال التنفس ثلاثين مرة أو أكثر فى الدقيقة ، ولمدة ثلاث دقائق أو أكثر (Keele et al., 1982) وتاثيرات ذلك تتضمن الشعور بالدوار ، وبوخز فى أصابع اليدين والقدمين ، والإغماء وتصبب العرق (Lindsay et al., 1991) وعجز معرفى (Ley , 1989) .

---

(1) Panic attack Questionnaire
(2) Metabolism
(3) Carbon Oxide (Co_2)
(4) Chemoreceptors
(5) Hypocapnia
(6) Apnoea
(7) Metabolism

جـدول (١ – ٧) : اعـراض الهـلع

١ – صعوبة فى التنفس

٢ – الاختناق .

٣ – خفقان القلب او شعور بتسارع ضربات القلب .

٤ – التعرق .

٥ – الشعور بالإغماء .

٦ – الشعور بالدوار ، والشعور بخفة الرأس أو عدم الاتزان .

٧ – الرغبة فى التقيؤ أو الشعور بعدم الراحة فى المعدة .

٨ – الشعور بعدم الواقعية .

٩ – الآم أو مشاعر أخرى بعدم الراحة فى الصدر .

١٠ – الخدر أو فقدان الإحساس أو إحساسات بالوخز .

١١ – إحساسات بالسخونة والبرودة .

١٢ – الأرتعاش او الارتجاف .

١٣ – خوف الشخص من كونه يموت .

١٤ – خوف الشخص من فقدان التحكم فى النفس ، وأن يصبح مجنونًا .

والتناظر بين الكثير من اعراض الهلع (جدول ١ – ٧) والإفراط فى الشهيق واضح ، وفى إحدى المرات استخدم الشهيق الإرادى المفرط فى « اختبار اثارة الافراط فى الشهيق » (١) لتحديد اذا ما كان الشهيق المفرط يزيد من نوبات الهلع لدى المرضى ، إذا عرفوا أن أعراض الإفراط الإرادى فى الشهيق الذى يحدث فى العيادة مشابه لأعراض نوبة الهلع . وقد تبين أن النقص فى فعاليه التنفس ، الذى يرجع إلى انخفاض ثانى اوكسيد الكربون فى الدم (٢) يزيد من الهلع ، ومع ذلك فإن الدراسات الحديثة (e . g . Hibberand and Pilsbury , 1989) اظهرت أن النقص فى فعالية التنفس ، نادرًا ما يحدث خلال الهلع لدى الأفراد ، الذين يشخصون على أنهم ابتلوا باضطراب الهلع. يضاف إلى ذلك أن أداء المهام المعملية مثل العمل فى اختبار ستروب (٣) (Hornsveld et.al . 1990) ، يمكن أن يؤدى إلى أعراض مشابهة لتلك التى تحدث فى حاله نقص فعالية التنفس ، حتى فى غياب نقص فعالية التنفس لدى مرضى اضطراب الهلع ، كما أن اختبار اثارة الإفراط فى الشهيق » كان له ثبات إعادة اختبار متوسط القيمة (Lindsay et al., 1991) . وبالتالى فاختبار إثارة الأفراط فى الشهيق لا يمكن استخدامه الآن لتحديد أن الإفراط فى الشهيق يسهم فى نوبات الهلع عند المرضى . إلا أنه يمكن مع ذلك استخدامه أحياناً لإعادة انتاج خبرات مشابهه لتلك التى تحدث فى الهلع ، حتى دون هذا التناظر الشديد . ويعد هذا بمثابة إنذار مهم لبعض المرضى ، وبالتالى يمكن استخدامه باعتباره تمرينًا ايضاحيًا فى العلاج (انظر الفصل الثامن) .

---

(1) Hyperventilation Provocation Test (HVPT)
(2) Hypocapnia
(3) Stroop Test
(4) Vasconstrictive

ومن المهم ملاحظة أنه نتيجة للتأثير الانقباضى للأوعية الدموية (١) الناتج عن الإفراط فى الشهيق يتعين أن لا يخضع مرضى شرايين القلب لاختبار إثارة الشهيق المفرط إذ أنه يؤدى لحدوث الآم الصدر الاختناقية (٢) للمفحوصين على سبيل المثال .

وقد استخدم عدد من الاختبارات الأخرى (اختبارات الاستثارة) لتنبيه أو حفز نوبات الهلع . ويتضمن ذلك استنشاق ثانى أوكسيد الكربون عالى التركيز (بنسبة ٣٥ فى المئة من الكتله الغازية) ، وتعاطى الكفايين ، وتخيلاً تجريبياً لنوبات الهلع .

العوامل المعرفية في الهلع

هناك عدد من الاختبارات النفسية ، يجدر بالذكر منها « مؤشر الحساسية للقلق » (٣) ، ASI (Reiss et al., 1986) « واستبار مخاوف الأماكن المفتوحة المعرفى » (٤) ، (ACQ , Chambless et al., 1984) ، واستبار العوامل المعرفية فى نوبات الهلع » (٥) (PACQ, Clum et al., 1990) يمكنها توفير عينه من الهموم أو الانشغالات (٦) ، التى يعتقد أنها تساعد على تطور الكدر ونوبات الهلع ، مثال ذلك أن الأفراد المستهدفين لنوبات الهلع هم الذين يحتمل أن يقرروا على « مؤشرات الحساسية للقلق » « يرعبنى أو يخيفنى أن أشعر أننى متوعك » (Reiss et al., 1986) ومرضى اضطراب الهلع والمخاوف الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مؤشر الحساسية للقلق ، أميل لأن يقرروا حدوث نوبات هلع متكرره (Marks , 1988) ، ومستويات عالية من الكدر خلال اختبار إثارة الأفراط فى الشهيق (HVPT) فى العياده ويميل المريض المستهدف لنوبات الاكتئاب ، لأن يذكر على استبار العوامل المعرفية فى نوبات الهلع (PACQ) أنه وقع تحت سيطرة فكرة أن آخر نوبة هلع يتعرض لها لن تنتهى ، وإنه لن يكون قادراً على التنفس ، وينصح بتطبيق هذه الاستبارات مع تسجيل يعد خصيصاً للانشغالات ، يعطى للمريض وقت حدوث النوبه، ويؤدى ذلك لتحديد الهموم ذات الطبيعة الذاتية الحساسة مثل « أنا لست فى مكان قريب من مستشفى » .

الحساسية الفسيولوجية

يجدر بالذكر أن المرضى المعرضون لنوبات الهلع أميل لأن يصفوا بقدر كبير للغاية من الشدة الأعراض على « اختبار إثارة الإفراط فى الشهيق » خلال نوبات الهلع ، مقارنة بالمفحوصين غير المبتلين بالهلع، أو أولئك الذين لا يطلبون الحصول على مساعدة (e . g . Lindsay et al., 1991) وهذا المؤشر ومؤشرات أخرى (Clark et al., 1988) ، أوحت أن المرضى بإضطراب الهلع أكثر حساسية لتغيراتهم الفسيولوجية، . ومع ذلك فلم تؤيد الدلائل الحديثة ذلك . ومرضى اضطراب الهلع غير ماهرين فى الكشف عن ارجاع زائفة فى معدل ضربات القلب ، على وجه الخصوص (Asmundson et al., 1993) .

وعلى الرغم من ذلك فإن التدريبات المعيارية مثل صعود السلالم ، والذى يمكن أن يزيد من النشاط الفسيولوجى ، يمكن أن يكون بمثابة أساس مفيد للعلاج ، كما أن معدلات القلق تحت مثل هذا الاختبار يمكن استخدامها لإظهار استجابات المرضى للعلاج (إنخفاض فى درجات مؤشر الحساسية للقلق) .

---

(1) Vasconstrictive
(2) Angina
(3) Anxiety Sensitivity Index (ASI)
(4) Agoraphobia Cognitions Questionnaire (ACQ)
(5) Panic Attack Cognitions Questionnaire (PACQ)
(6) Worries

مخاوف الاماكن المفتوحة

دائما ما يقاسى أولئك الذين يعانون من مخاوف الأماكن المفتوحة ، والخوف أو تجنب أن يكونوا بمفردهم فى الأماكن العامة (DSM III- R , American Psychological Association , 1987) من إحساسات بدنية دائمة ، مثل مرضى اضطراب الهلع كالتوتر والإحساس بعدم الوضوح وعدم الواقعية والارتجاف ، وجفاف الحلق (Arrindell , 1980). وقد تتزايد هذه الأعراض من حيث الشدة ، وبإضافة اعراض أخرى مثل آلام الصدر ، يمكن أن تصبح فجأة نوبة هلع (انظر ما سبق) . وقد عزا الكثير من المؤلفين (e . g . Emmelkamp , 1982) هذا للإفراط فى الشهيق وقد سبق مناقشة الاقتران بين الإفراط فى الشهيق ومخافة الأماكن المفتوحة ، ومع ذلك وعلى أساس من الملاحظة الأكلينيكية ، كان من النادر ظهور أن أصحاب خوف الأماكن المفتوحة يفرطون فى الشهيق (Mathews et al., 1981) . ومع ذلك فإن نوبات الهلع شائعة لدى أصحاب مخاوف الأماكن المفتوحة ، رغم أنها غير قاصرة عليهم (Barlow et al., 1985 ;Wittchen , 1986) والأكثر من ذلك أن الكثيرين من مرضى خواف الأماكن المفتوحة يصفون بداية صعوباتهم بطريقة مشابهة لظهور نوبات الهلع (Franklin , 1987) ؛ حيث يسعون وقتها لتقليصها بتجنب الأماكن ، التى يعتقدون أنها غير آمنة مثل المراكز التجارية ، أو أى مكان اخر خارج المنزل .

وقد بينت الدراسات التى قامت بتحليل عاملى لمسوح المخاوف أن المخاوف الأخرى ، وعلى وجه الخصوص مخاوف الأماكن المحاطة بأسوار وتجمعات الناس ، ترتبط أيضا وبشكل عام بمخاوف الأماكن المفتوحة (e. g. Hamann and Mavissakalian , 1988) ويمكن أن تكون الحياة فى المدن الكبيرة بالنسبة للكثيرين من أصحاب مخاوف الاماكن المفتوحة ، ووجودهم فى قطار أنفاق متوقف بين محطتين من أكثر الخبرات المرعبة ، وبالنسبة للكثيرين من هؤلاء المرضى .. فإن الارتباك الذى يسببه شعورهم بأن الناس تلاحظهم أثناء هلعهم يعد مرهقاً لهم .

وقد انتقد هالام (1978) Hallam مفهوم مخافة الأماكن المفتوحة ، مقترحاً النظر إليه باعتباره جانباً من جوانب القلق العام المنتشر. غير أن ذلك قد لا يكون مناسباً فى الغالب ؛ نتيجة لأن متابعة ما بعد العلاج لمخاوف الاماكن المفتوحة (Munby and Johnston , 1980) . لم يؤد الى تغير تصنيف هؤلاء المرضى لفئة القلق العام . ومع ذلك فهذه الدراسات لم تلق الضوء على هؤلاء الذين كانت لديهم صعوبات مقاومة للعلاج ، وممن يتعين بالتالى أن يوجد سبب لإعادة تحديد مشكلاتهم . وتلفت انتقادات هالام الأحدث (Hallam , 1983) الإنتباه للتشخيص الأكثر استخداماً لمخاوف الأماكن المفتوحة لدى النساء . وربما يرجع ذلك إلى استعداد أكبر للسماح للنساء بالبقاء فى البيت ، استجابة للكدر النفسى بينما يشجع الرجال على التصرف بطرق أخرى ، مثل إدمان الكحول ، وقد دافع مؤلفون آخرون – منهم جولد شتين وشامبليس (1978) Goldstein and Chambless على وجه الخصوص – عن أن مخافة الأماكن المفتوحة واضحة فى الأغلب لدى النساء ، وهى تظهر استجابة للتوتر التفاعلى ، ولدى الأشخاص الاعتماديين ممن لديهم توكيدية محدودة . ويحتمل أن تكون هناك دلائل قليلة تدعم عمومية هذه الوجهه من النظر ، فيما عدا ملاحظة أن الإناث ممن لديهن مخاوف أماكن مفتوحة ، يستجبن بطريقة أقل جوده للعلاج، عندما توجد صعوبات فى حياتهن الزوجية (Blend and Hallam , 1981) ، وبالتالى لايثير الدهشة ملاحظة أن

التدريب التوكيدى وحده ليس فعالاً مثل استخدام التعرض [(١)] (Emmelkamp, et al., 1983) فى علاج التجنب فى حالات مخاوف الأماكن المفتوحة ، وتظهر مشكلات أخرى مع مخاوف الأماكن المفتوحة منها على وجه الخصوص الاكتئاب والقلق العام ، وعدم الإحساس بالهوية وفقدان طاقة الحب [(٢)] (Buglass et al., 1977) وبالتالى على المرضى أن يعوا كل تباينات وتنوعات الاضطرابات غير الذهانية وصعوبات التفاعل التى يغلب وجودها .

ويرى ماركس Marks (1981) أنه يتعين تمييز مخافة الوقوع خارج البيت والتى تظهر لدى المرضى ممن تكون أعمارهم ٥٥ عامًا فى المتوسط ، أى أكبر من أعمار مرضى مخاوف الأماكن المفتوحة عن هذه الاخيرة . ويعتقد ماركس أن الحدوث المرتفع التكرار للعديد من الأعراض البدنية ، مثل : طنين الأذنين والتوتر المفرط فى مثل هذه الحالات يشير الى وجود اضطرابات فى ميكانيزمات الداخل البصرية، وهى الحالة التى يطلق عليها اسم المخافة المكانية [(٣)] .

وعلى الرغم من ذلك .. فإن فصل هذه المخافة عن مخاوف الأماكن المفتوحة مازال موضوعا للتساؤل (Gelder , 1982) ، وقد وجه بعض المؤلفون الآخرون الانتباه لوجود ارتخاء فى الصمام المترالى[(٤)] لدى الإناث ممن لديهن مخاوف اماكن مفتوحة ، ممن ذكرن أنهن تعرضن لخبرة خفقان القلب ، وقد لاحظ هؤلاء المؤلفون هذه الحالة فى ١١ فقط من بين ٢٥ حالة . غير انه يبدو أن هناك احتمالاً لشيوعها بين النساء . ولا توجد حتى الآن دلائل توحى أن مثل هذه الحالات يمكن أن تتلقى علاجًا مختلفًا عن ذلك، الذى يوصى به لحالات مخاوف الأماكن المفتوحة بصفة عامة ، ويتعين أن تتلقى كل الإحالات من هذا النوع فحصًا طبيًا.

جدول (٢ – ٧) : ملخص تقييم اضطراب الهلع

١ – استخدام مفكره : تسجيل يومى لحدوث / أو عدم حدوث الهلع ، وتقدير درجة شدته (على مقياس من ١ – ١٠) وفترة دوامه ، تسجيل وقت حدوثه خلال اليوم كذلك والظروف والنتائج المترتبة على حدوثه.

٢ – قبل بدء العلاج ، ولوصف وتشخيص اضطراب الهلع (راجع الدليل التشخيصى الثالث المعدل) ، واستخدم استبار نوبات الهلع [(٥)] إذا كان ذلك ضرورياً (PAQ, Norton et al., 1985) .

٣ – لتقييم التأثيرات على الهلع قبل وبعد العلاج : استخدم مؤشر الحساسية للقلق [(٦)] (ASI , Reiss et al., 1986) واستبار العوامل المعرفية فى الهلع [(٧)] (PSQ , Clum et al., 1990) .

٤ – استخدم قبل وبعد العلاج استبار أعراض الهلع [(٨)] (PSQ , Clum et al., 1990) .

٥ – استخدم اختبار الاستثارة [(٩)] قبل وبعد العلاج لإعادة انتاج الأعراض المشابهة لتلك الموجوده فى الهلع مثل الإفراط فى التنفس (٣٠ مره تنفس أو أكثر فى الدقيقة لمدة ثلاث دقائق) ، أو اختبار للتمرينات .

٦ – ضع سجل مخصص لتسجيل الأداء المعرفى وظروفه وتحديات المريض لعينات من الهلع .

(1) Exposure
(2) Libido
(3) Space phobia
(4)Mitral valve
(5) Panic Attack Questionnaire (PAQ)
(6) Anxiety Sensitivity Index (ASI)
(7) Panic Attack Cognitions Questionnaire (PACQ)
(8) Panic Symptoms Questionnaire
(9) Provocation test.

وقد أدت النظريات المعرفية للهلع إلى دراسات فى المعرفة لدى أصحاب مخاوف الأماكن المفتوحة، وقد أظهر مرضى مخاوف الأماكن المفتوحة مقارنة مع أفراد لديهم مخاوف نوعية مثل مخاوف العناكب (Marks , 1980) ، درجة أعلى من الخوف من الأعراض الشائعة فى مخاوف الأماكن المفتوحة مثل انقطاع التنفس والشعور بالإغماء ، كما ظهر على مقياس مؤشر الحساسية للقلق (ASI , Reiss et al., 1986) . وعلى الرغم من ذلك فإن مرضى مخاوف الأماكن المفتوحة لا يعتقدون أن هذه الأعراض أكثر تهديداً للصحة ، مما يعتقد الأشخاص الأسوياء (Ahmed et al., 1992) ، ويتنبأ مؤشر الحساسية للقلق (ASI) بظهور الهلع فى حالات مخاوف الأماكن المفتوحة (Marks , 1988)، والدرجة المرتفعة على مؤشر الحساسية للقلق تقترن بتكرار مرتفع للهلع ، وتنخفض درجات مؤشر الحساسية للقلق مع النجاح فى العلاج (Marks , Ibid) . وعلى الرغم من ذلك فلا مؤشر الحساسية للقلق ولا استبار العوامل المعرفية فى مخاوف الأماكن المفتوحة . (ASQ , Chambless et al., 1984) يمكنهما أن يحددا المخاوف الذاتية أو المحتوى المعرفى فى مخاوف الأماكن المفتوحة ، مثال ذلك كان مريض لمخاوف الأماكن المفتوحة يعرفه المؤلف يخاف من الوقوف على ألواح الأرضية غير الثابتة ؛ لأنها تجعل ركبه غير ثابتة ، وتذكره بأعراض فى نوبات الهلع . وبالنسبة له يعد الوقوف منفرج الساقين على وصلة دعامتي جسر برج لندن أمر لايحتمل بصفه خاصة ، لأن كل منهما يهتز باستقلال عن الأخرى بمرور السيارات فوقهما . كما يمكن أن تكون مراوح الهواء الساخن فى المتاجر محفزاً مشابهاً لمخاوف مرضى آخرين .

المخاوف الفسيولوجية

قد يذكر المريض فى الكثير من المخاوف (انظر ما سبق) الإثارة الفسيولوجية ، التى يمكن أن تقترن بخبرة الخوف ، وقد لا تكون الارجاع الفسيولوجية بارزة أو جلية فى بعض الحالات ، بحيث تكون هى الهدف الرئيسى الذى يسعى المريض لعلاجه ، مثلما يكون الأمر فى حالة الإغماء عند رؤية الدم ، أو الحقنة الطبية أو الجروح (Connolly et al., 1976) .

وهناك زيادة مؤقتة فى خفقان القلب ، واستجابة مقترنة بالخوف فى مواقف أخرى يتلوهما انخفاض حاد فى ضغط الدم الطرفى وإغماء (Speirs , 1983) . ومع ذلك فطبيعة الاقتران بين خبرة الخوف وهذه الارجاع الفسيولوجية محيرة ، حتى فى حالة الخوف من الدم والجروح أكثر مما تحير فى المخاوف الأخيره . ويصف المرضى فى بعض الحالات الأستثنائية كيف أنهم دائماً ما يتعرضون للإغماء عند حقنهم ، ولكنهم لا يشعرون بالخوف فى المقابل .

وعلى الرغم من ذلك لا يعد الإغماء استجابة شائعة فى اقترانها بالمخاوف من الحقن والتدخل الجراحى .

جدول (٣ - ٧) : ملخص تقييم مخافة الأماكن المفتوحة

١ - استخدام مفكرة لتسجيل الحدوث / عدم الحدوث اليومى للهلع . (تعريفه يتم بالاتفاق مع المريض) ، وتقدير شدته (على مقياس من ١ - ١٠) وفترة دوام كل نوبة ، ويسجل أيضا الوقت من النهار والظروف والنتائج المترتبة على حدوثه .

٢ - استخدام مفكرة : تسجيل يومى للأنشطة التى تمت ، والأماكن التى تمت زيارتها ، ومع من كانت الزيارة .

٣ – قم بتصنيف تفصيلى متدرج خلال جلسة المقابلة للمواقف المثيرة للخوف (مثال ذلك الأسوأ : التواجد منفردا فى مركز تجارى أثناء الزحام ، الابسط : الجلوس فى السيارة خارج المركز التجارى) .

٤ – استخدم مقياس مخاوف الأماكن المفتوحة (١) (AS ; OST , 1990) كمقياس لخوف المريض وتجنبه قبل وبعد العلاج .

٥ – استخدم كمؤشرات للتأثير على مخاوف الأماكن المفتوحة قبل وبعد العلاج : « مؤشر الحساسية للقلق» (ASI , Reiss et al., 1986) ، « استبار العوامل المعرفية فى مخاوف الأماكن المفتوحة » (ASQ , Chambless et al., 1984) .

٦ – استخدم الاختبار السلوكى قبل وبعد العلاج مثال ذلك الى أى مدى يستطيع المريض السير فى شارع ما فى فترة الظهيرة مثلا ، أو طول الفترة التى يستطيع قضاءها فى مركز تجارى خلال وقت معين، ولاحظ السلوك التجنبى مثل النظر إلى الارض .

٧ – سجل حالة القلق قبل وأثناء كل اختبار سلوكى (استخدم مقياساً رتبياً خصيصاً لذلك أو خذ بنوداً من بطارية سمه وحالة القلق (الصورة الخاصة بالحالة) (Spielberger , 1983) .

وكثيراً ما تكون الصعوبة الأساسية لدى المرضى ، وبالاخص فى حالة علاج الأسنان ، عبارة عن خوف حاد من معاناة الألم (Lindsay et al., 1993) وبالنسبة لهؤلاء فإن الاختبارات السلوكية مثل عرض السرنجة مع الحصول على تقديرات الخوف يكوِّن العناصر الأساسية فى التقدير أو القياس . ويمكن لتسجيل ضغط الدم فى البداية وأثناء العرض أن يقوم بدور تعليمى للمرضى ، الذين يفقدون وعيهم .

ويتوفر الآن الكثير من الادوات التى يستخدمها المريض بنفسه لقياس ضغط الدم . والأدوات الأكثر ثباتًا واستقرارا وإن كانت مرهقة هى تلك التى يصفها بندى Bundy (الفصل ٢٨) . وسيكون من المناسب استخدام تدرج من المنبهات المثيرة للخوف لتحديد مدى التقدم فى العلاج .

وهناك مخاوف أخرى تكون الارجاع الفسيولوجية جليه فيها ، فقد لا يستطيع المرضى الابتلاع ، أو يكونون خائفين من الأختناق حتى الموت ، أو غير قادرين على التبول فى دورات المياه العامة وبالأخص عندما يكون هناك شخص آخر بالقرب منهم ، وهى من الأمور الشائعة لدى الرجال ، كما توجد لدى المرضى المسنين مشكلات مشابهة فى التبول ، قد تحدث نتيجة للخوف من خبرة التبول ، الذى يمكن أن يكون مؤلما للغاية .

كما يمكن أن تؤدى الاستجابة للمس أى أداة مثل فرش الأسنان ، أو مرآة طبيب الاسنان لنسيج الفم الرقيق إلى خوف عميق من دخول أى من مثل هذه الأشياء للفم ، لدرجة أن المرضى قد يبدأون فى التقيؤ ، ويبدأون فى الشعور بالهلع بمجرد اقتراب الأداة من الفم .

المخاوف الاجتماعية

يخاف الكثير من الناس من المواقف الإجتماعية ؛ لأنهم يتوجسون من استجابة الناس لسلوكهم أو مظهرهم . مثال ذلك أن مثل هؤلاء الناس يمكن ان يعتقدوا أنهم سيظهرون فى صورة الأغبياء ، اذا

(1) Agoraphobia Scale (AS)

أبدوا ملاحظـــات عادية أو تافهة حول الجو ، وقد قُـــدم وصف لمعتقدات مشـــابهة فى مواضع أخـــرى (Halford and Foody , 1982 ; Glass et al., 1982)

ويظهر أصحاب المخاوف الاجتماعية تنوعًا عريضًا فى السلوك التجنبى ، فقد لا يستطيعون الجلوس مع الزملاء أثناء الوجبات وراحة شرب القهوة ، وقد يخفون أنفسهم فى الحافلات والأماكن الأخرى ، من خلال قراءة الصحف ، ويمثل هذا السلوك يستطيعون تجنب رؤية الآخرين ينظرون إليهم ، ذلك أن إحساسهم بأنهم مراقبون قد يكون مصدر كدر لهم على وجه الخصوص .

يضاف إلى ذلك قد يسلك أصحاب المخاوف الاجتماعية على نحو أخرق أو غير ملائم ، مثال ذلك أن الكثيرين منهم قد لا يكونوا قادرين على النظر الى شخص يتحدثون إليه ، وبدلا من ذلك ينظرون الى الارض . كما قد لايكون حديثهم مسموعًا وقد يكون مترددين على وجه الخصوص ، ويبدو العميل فى حالة كف نتيجة للقلق من ممارسته لهذه المهارات الاجتماعية كل يوم ، وقد يكون واعياً أو غير واع لآفته ، إلا أنها قد تؤدى لعدم احتمال الآخرين له ، وإثارة سلوكهم غير الودى نحوه ؛ مما يؤدى بالتالى إلى تدعيم إضافى للقلق والتجنب لدى هذا العميل

ويقدم سبنس Spense مناقشة أشمل للسلوك الاجتماعى فى الفصل الحادى عشر .

وقد يبتلى أصحاب المخاوف الاجتماعية بالهلع (Barlow et al., 1985) ، وبدلاً من خوفهم المكثف من التعرض لخبرة بعض التهديدات الخطيرة للحياه خلال الهلع ، فإنهم يمكن أن يخافوا من وضوح هلعهم للآخرين بحيث يصبحـون موضعًا للسخرية ، أو أن تطلب منهم بعض التفسيرات لذلك ، تحت ظروف يجدون فيها صعوبة فى المناقشة .

يضاف الى ذلك أن العملاء من أصحاب الخوف الأجتماعى يمكن أن يخافوا أن يصبح أداؤهم أكثر ضعفاً فى وسط الناس .

وهناك استباران شائعًا الاستخدام لقياس القلق الاجتماعى ، هما « الخوف من التقييم السلبى(١) (FNE) » والتجنب والكدر الاجتماعى » (٢) (SAD) (Watson and Friend , 1969) . وعلى أى الأحوال فإن التقرير الاصلى للمؤلفين يقتبس بيانات لطلاب جامعات كنديين فقط ، ولا تتوزع البيانات اعتداليا لكل من الاستبارين ؛ مما يؤدى لصعوبة البيانات المعيارية ، وقد قننت مرة أخرى صورة مختصرة من مقياس الخوف من التقييم السلبى على طلاب مدارس * أشار إليها ليرى Leary (1983) .

وقد استخلص تيرنر وزملاؤه (Turner et al. (1989 استبار يميز المخاوف الاجتماعية من إضطراب القلق العام ** بصورة أوضح ، مما يوفره مقياس الخوف من التقييم السلبى « والتجنب والكدر الاجتماعى » ، ومع ذلك فهذا التميز تم على عينة من ٢١ مفحوصًا فقط ، وهناك عديد من الدراسات الأخرى للاستبار .

وقد استخلصت عينة من الهموم التى تشغل الأفراد القلقين اجتماعيا « باختبار التقرير الذاتى للتفاعل الاجتماعى » (٣) (Sisst , Glass et al., 1982) ، وهو يطبق قبل تجربة (بروفة) مواجهة اجتماعية مباشرة ،أو اختبار سلوكى ، يتضمن اجتماعًا ومناقشة مع اعضاء من الجنس الآخر .

(1) Fear of Negative Evaluation (FNE)
(2) Social Avoidance and Distress (SAD)
(3) Social Interaction Self-Statment Test (SISST)

وأفضل استخدام لاستبار التقرير الذلتى للتفاعل الاجتماعى (SISST) ، يكون مع صغار المفحوصين باعتباره طور أساساً على عينات من الطلاب . ولسوء الحظ فإن « استبار التقرير الذاتى للتفاعل الاجتماعى » غير معداً لقياس العوامل المعرفية لدى المفحوصين ، أثناء مواجهتهم للناس فى الحياة اليومية .

يضاف الى ذلك أنه قد لا يوفر عينة للمحتويات المعرفية الحساسة . وبالتالى يصبح من الضرورى دائمًا سؤال العميل أن يحتفظ بدفتر مذكرات يومية ، يسجل همومه ، كما تظهر من يوم لآخر .

جدول (٤ – ٧) : ملخص خطوات الفحص فى المخاوف الاجتماعية

١ – قبل وبعد العلاج : استخدم استبار الخوف من التقييم السلبى (FNE) واستبار التجنب والكدر الاجتماعى (SAD , Watson and Friend , 1969) والصورة المختصرة من استبار الخوف من التقييم السلبى FNE , Leary , 1983) واختبار التقرير الذاتى للتفاعل الاجتماعى SIST , Glass) et al., 1982) وذلك قبل التفاعل الاجتماعى (الحقيقى او التمثيلى) .

٢ – استخدام دفتر مذكرات يومية : تسجيل يعد خصيصا للقلق والانفعالات الأخرى ، والظروف التى يحدث فيها ، والتفكير السلبى ، والتحدى البناء له .

اضطراب القلق العام

لسوء الحظ هناك ندرة فى البحوث التى تهدف أساساً لفحص اضطراب القلق العام (Rappe , 1991) وقد أعد الكثير من المقاييس متعددة البنود ، التي يجيب عنها العميل لقياس القلق العابر والخوف، وهى تتضمن « قائمة الصفات الوجدانية المتعددة » (١) (MAACL Zukerman and Lubin , 1965) وبطارية بيك للقلق » (٢) (BAI , Beck , 1990) وتتوفر بيانات معيارية لدى عريض من اضطرابات القلق المختلفة لبطارية بيك للقلق (ibid) ، ويسمح استبار بن للانشغال أوالهم (٣) (Meyer et al., 1990) للمفحوصين بوصف معتقداتهم حول ميولهم للانشغال او الهم ، وقد وضعت مقابلات محددة البنية ، وتقديرات مقابلة ، يجدر بالذكر منها « مقياس هاميلتون للقلق » (٤) (Hamilton , 1959) لقياس القلق دون اعتبار لمصدره ، وقد طورت صورة أخرى مختصرة لهذا الاختبار ، هى « مقياس القلق الأكلينيكى » (٥) وهو ذو تعليمات تصحيح أكثر وضوحًا (Snaith et al., 1986) ، غير أن هناك القليل من المعلومات ، حول الاتساق الداخلى للمقياس أو ثبات ما بين الملاحظين .

ويصعب معرفة العمليات التى ينتج من خلالها المرضى وابلاً من الانشغالات خلال المقابلة ، وبالتالى يزيدون من سرعة قلقهم ، ويصعب بالمثل قياس هذه العمليات ، وربما يمكن القيام بذلك فقط بالنسبة للمتغيرات الفسيولوجية (CF . Lader and Mathews , 1970) ، غير أن هذا المطلب سيظل فى حاجة لاستثماره .

---

(1) Multiple Affect Adjective Check-List (MAACL) .
(2) Beck Anxiety Inventory (BAI) .
(3) Penn Worry Questionnaire (PWQ).
(4) Hamilton Anxiety Scale (HAS).
(5) Clinical Anxiety Scale (CAS) .

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

تظهر اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة (١) من خبرة فاجعة مثل المقاومة أثناء الحرب ، والكوارث المدنية مثل تصادم القطارات ، وغرق العبارات والوقوع ضحية للاغتصاب ، وهناك العديد من المراجعات النظرية حول هذا الموضوع (e . g. Litz, 1992 ; Jones and Barlow , 1990) . غير أن هناك فى المقابل القليل من التقدم فى علاج ضحايا المآسى المدنية ، وقد تأسست اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمه الان كأرضية للمقاضاة الناجحة ضد أولئك المسئولين عن هذه الكوارث ، ويعتمد ذلك على التشخيص الثابت لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذى يقدم عن هذه الكوارث . والذى يتسق مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ومحكاته ، الذى يقدمه الدليل التشخيصى الثالث المعدل (American Psychological Association , 1987) .

جدول (٥ – ٧) : ملخص المحكات التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

١ – عاش العميل خبرة حدث يقع خارج إطار الخبرة الانسانية المعتادة ، ويمكن أن يكون مثيراً للأسى للغاية لأغلب الناس .

٢ – يحدث تكرار للمعاناة من هذا الحدث بصورة مقاومة ، من خلال واحدة من هذه الطرق على الأقل :

(أ) تكدر متواتر ومقتحم لذكريات الحدث .

(ب) تكرار الأحلام بالحدث .

(جـ) تصرف أو شعور مفاجىء من العميل ، كما لو كان الحدث سيعاود الظهور بما فى ذلك الاسترجاع الحى للذكريات .

(د) مشاعر كدر نفسى حاد عند التعرض لأحداث ومنبهات ترمز وتشبه الحدث .

٣ – تجنب مقاوم للمنبهات المقترنة بالحدث او تخدر (لم يكن له وجود قبل الحدث) .

(أ) جهود مقصودة لتجنب الأفكار والمشاعر المقترنة بالحدث .

(ب) جهود مقصودة لتجنب الأنشطة أو المواقف التى تستثير ذكريات الحدث .

(جـ) عدم القدرة على استدعاء جانب مهم فى الحدث .

(د) تناقص كبير فى الشغف بالانشطة المهمة .

(هـ) شعور بالاغتراب أو عدم الارتباط من جانب الأخرين .

(و) تحدد مدى المشاعر الوجدانية (مثال ذلك عدم القدرة على أن تكون لديه مشاعر حب)

(ز) إحساس بضياع المستقبل

٤ – أعراض مقاومة لإثارة متزايدة ، كما تظهر من خلال اثنين على الأقل من الآتى :

(أ) صعوبة الدخول فى النوم او الاستمرار فيه .

(ب) التهيج او نوبات الغضب .

(1) Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

(جـ) صعوبات فى التركيز .

(د) تيقظ مفرط .

(هـ) استجابة إجفال مبالغ فيها

(و) استجابة فسيولوجية عند التعرض لأحداث ترمز أو تشابه جانبا من جوانب الحدث (مثال ذلك الارتجاف والشعور بالبرودة أو العرق أمام مشاهد مشابهة للحدث)

٥ - أن تستمر فترة بقاء الاضطراب النفسى شهر على الاقل ؛ حتى ولو تأخرت النوبة الاولى . ويتعين تحديد طول فترة التأخر .

المصدر : نقلاً بتصريح من الدليل التشخيصى الثالث المعدل للاضطرابات العقلية .

الطبعة الثالثة ، ١٩٨٧ جمعية الطب النفسى الامريكية

وقد طور استبار باسم « مقياس تأثير الأحداث » (١) (المعدل) ليسمح للعملاء بتسجيل خبراتهم عن الآتى :

(١) تجنب ذكرياتهم عن الأحداث الصادمة

(٢) المدى الذى تقتحم به المكونات المعرفية حول الحدث تفكيرهم اليومى ؛ (Horowitz et al., 1979) . وتتوفر بيانات مقارنة فى المصدر الاصلى مستخلصة من مفحوصين راشدين ، ممن حصلوا على علاج من الكدر المقترن بالحرمان وأنواع الكدر الاخرى ، وقد يكون العملاء من مرتفعى الكدر للغاية من الاستبار ذاته ، وبقية الأشياء التى تذكرهم بالصدمة ؛ مما يجعل الصورة التى يكملها القائم بالمقابلة مفيدة (Weiss et al., 1984)

وكان من الصعب قياس جوانب ضغوط ما بعد الصدمة ، وعلى وجه الخصوص حالة فقدان الانفعال وبالأخص الخدر الانفعالى . وقد استخدمت لهذه الغرض مقاييس الاكتئاب ، ولكنها قد لا تبين المشكلة بصورة مناسبة (Litz ,1992)

ملحوظات : يود المؤلف التعبير عن امتنانه للدكتور ب . هايوارد P . Hayward ، لتعليقاته على مخطوطة هذا الفصل والفصل التالى .

* متاحة من دكتور R . Norton ، قسم علم النفس ، جامعة وينبج Winnpeg مانيتوبا Manitoba ، كندا R . 3B 2 EG .

** معدله لـ DSM III - R ، ويمكن الحصول عليها من :

Multihealth Systems Inc , 65 Overlea Boulevard , Suite 210 , Toronto ,

Ontario Canada M 4 H I P I .

---

(1) The Impact of Events Scale

References

Ahmad, T., Wardle, J. and Hayward, P. (1992) 'Physical symptoms and illness attributions in agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 30: 493–500.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn Revised*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrasik, F., Turner, S. M. and Ollendick, T. H. (1980) 'Self-report and physiologic responding during in vivo flooding', *Behaviour Research and Therapy* 18: 593–5.

Arrindell, W. A. (1980) 'Dimensional structure and psychopathology correlates of the Fear Survey Schedule (FSS III) in a phobic population: a factorial definition of agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 18: 229–42.

Asmundson, G. J. G., Sandleer, L. S., Wilson, K. G. and Norton, G. R. (1993) 'Panic attacks and interoceptive acuity for cardiac sensations', *Behaviour Research and Therapy* 31: 193–8.

Barlow, D. H., Mavissakalian, M. R. and Schofield, L. D. (1980) 'Patterns of desynchrony in agoraphobia: a preliminary report', *Behaviour Research and Therapy* 18: 441–8.

Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E. B., Vermilyea, B. B., DiNardo, P. A. and Cerny, J. A. (1985) 'The phenomenon of panic', *Journal of Abnormal Psychology* 94: 320–8.

Beck, A. (1990) *Beck Anxiety Inventory*, New York: Psychological Corporation.

Beck, J. G. and Scott, S. K. (1987) 'Frequent and infrequent panic: a comparison of cognitive and autonomic reactivity', *Journal of Anxiety Disorders* 1: 47–58.

Beck, J. G., Stanley, M. A., Averill, P. M., Baldwin, L. E. and Deagle, E. A. (1992) 'Attention and memory for threat in panic disorder', *Behaviour Research and Therapy* 30: 619–30.

Beidel, D. C., Turner, S. M. and Cooley, M. R. (1993) 'Assessing reliable and clinically significant change in social phobia: validity of the social phobia and anxiety inventory', *Behaviour Research and Therapy* 31: 331–7.

Berger, P., Browning, R., Anderson, D., Skrabanek, P., Johnson, J. R., Finch, P. D., Le Fanu, J., Mills, M., Wildavsky, A. and Kristol, I. (1991) *Health, Lifestyle and Environment: Countering the Panic*, London: The Social Affairs Unit/The Manhattan Institute.

Bland, K. S. and Hallam, R. S. (1981) 'Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics', *Behaviour Research and Therapy* 19: 335–8.

British Medical Association and The Pharmaceutical Society of Great Britain (1993) *British National Formulary*, London: BMA & PSGB.

Buglass, D., Clarke, J., Henderson, A. S., Kreitman, N. and Presley, A. S. (1977) 'A study of agoraphobic housewives', *Psychological Medicine* 7: 73–86.

Buros, O. (1978) *The Eighth Mental Measurements Year Book*, New York: Griffin Press.

Butler, G. (1989) 'Issues in the application of cognitive and behavioural strategies to the treatment of social phobia', *Clinical Psychology Review* 9: 91–106

Chambless, D. L., Caputo, C., Bright, P. and Gallagher, R. (1984) 'Assessment of fear of fear in agorpahobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agorpahobia Cognitions Questionnaire', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62: 1090–7.

Charney, D. S., Heninger, G. R. and Jatlow, P. I. (1985) 'Increased anxiogenic effects of caffeine in panic disorders', *Archives of General Psychiatry* 42: 233–43.

Chemtob, C., Roitblat, H. C., Hamada, R. S., Carlson, J. G. and Twentyman, C. T. (1988) 'A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder', *Joural of Anxiety Disorders* 2: 253–75.

Clark, D. M., Salkovskis, P., Gelder, M., Koehler, J., Martin, M., Anastasiades, P., Hackman, A.; Middleton, H. and Jeavons, A. (1988) 'Tests of a cognitive theory of panic', in I. Hand and H. Wittchen (eds) *Panic and Phobias II*, Heidelberg: Springer.

Clum, G. A., Broyles, S., Borden, J. and Watkins, P. L. (1990) 'Validity and reliability of the Panic Attack Symptoms and Cognitions Questionnaire', *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 12: 233–45.

Cone, J. D. (1979) 'Confounded comparisons in triple response mode assessment research', *Behavioral Assessment* 1: 85–9.

Connolly, J., Hallam, R. S. and Marks, I. M. (1976) 'Selective association of fainting with blood-injury phobias', *Behavior Therapy* 7: 8–13.
Connolly, J. F. (1979) 'Tonic physiological responses to repeated presentations of phobic stimuli', *Behaviour Research and Therapy* 17: 189-96.
Cook, B. L., Noyes, R., Garvey, M. J., Beach, V., Sobotka, J. and Chaudry, D. (1990) 'Anxiety and the menstrual cycle in panic disorder', *Journal of Affective Disorders* 19: 221–6.
Corah, N. L. (1969) 'Development of a dental anxiety scale', *Journal of Dental Research* 48: 596.
Cox, B. J., Norton, G. R., Swinson, R. P. and Endler, N. S. (1990) 'Substance abuse and panic-related anxiety: a critical review', *Behaviour Research and Therapy* 28: 385–94.
Craske, M. G. and Rachman, S. J. (1987) 'Return of fear: perceived skill and heart-rate responsivity', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 187–99.
DiNardo, P. A., Barlow, D. H., Cerny, J. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. A., Himadi, W. G. and Waddell, M. T. (1985) *Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS–R)*, New York: Phobia and Anxiety Disorders Clinic, State University of New York at Albany.
Donnell, C. and McNally, R. J. (1989) 'Anxiety sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation', *Behaviour Research and Therapy* 27: 325–32.
Duffy, E. (1962) *Activation and Behavior*, New York: Wiley.
Dykeman, R. A., Mack, R. L. and Ackerman, P. T. (1965) 'The evaluation of autonomic and motor components of nonavoidance conditioned response in the dog', *Psychophysiology* 1: 209–30.
Edelmann, R. J. (1992) 'Anxiety: Theory, Research and Intervention', in *Clinical and Health Psychology*, Wiley: Chichester.
Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Theory, Research and Practice*, New York: Plenum.
Emmelkamp, P. M. G., Van der Hout, A. and de Vries, K. (1983) 'Assertive training for agoraphobics', *Behavioural Research and Therapy* 21: 63–8.
Foa, E. B. and Kozak, M. J. (1986) 'Emotional processing of fear: exposure to corrective information', *Psychological Bulletin* 99: 20–35.
Franklin, J. A. (1987) 'The changing nature of agoraphobic fears', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 127–33.
Gelder, M. (1982) 'Agoraphobia and space phobia', *British Medical Journal* 284: 72.
Gelder, M. G. and Marks, I. M. (1966) 'Severe agoraphobia: a controlled prospective therapeutic trial', *British Journal of Psychiatry* 112: 309–19.
Glass, C. R., Merluzzi, T. V. Biever, J. L. and Larsen, K. H. (1982) 'Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a self-statement questionnaire', *Cognitive Therapy and Research* 6: 37–9.
Goldstein, A. J. and Chambless, D. L. (1978) 'A reanalysis of agoraphobia', *Behavior Therapy* 9: 47–59.
Haines, A. P., Imeson, J. D. and Meade, T. W. (1987) 'Phobic anxiety and ischaemic heart disease', *British Medical Journal* 295: 297–9.
Halford, K. and Foddy, M. (1982) 'Cognitive and social skills correlates of social anxiety', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 17–28.
Hallam, R. S. (1978) 'Agoraphobia: a critical review of the concept', *British Journal of Psychiatry* 133: 314–19.
Hallam. R. S. (1983) 'Agoraphobia: deconstructing a clinical syndrome', *Bulletin of the British Psychological Society* 36: 337–40.
Hamann, M. S. and Mavissakalian, M. (1988) 'Discrete dimensions in agoraphobia: a factor analytic study', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 137–44.
Hamilton, M. (1959) 'The assessment of anxiety states by rating', *British Journal of Medical Psychology* 32: 50–5.
Haynes, S. N. and Wilson, C. C. (1979) *Behavioral Assessment. Recent Advances in Methods, Concepts and Applications*, San Francisco: Jossey-Bass.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Rapee, R. M. and Bruch, M. A. (1988) 'The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale with social phobic Patients', *Behaviour Research and Therapy* 26: 407–11.

Hibbert, G. and Pilsbury, D. (1989) 'Hyperventilation: is it a cause of panic attacks?' *British Journal of Psychiatry* 155: 805–9.

Hodgson, R. and Rachman, S. (1974) 'Desynchrony in measures of fear', *Behaviour Research and Therapy* 319–26.

Hope, D. A., Gansler, D. A. and Heimberg, R. G. (1989) 'Attentional focus and causal attributions in social phobia: implications from social psychology', *Clinical Psychology Review* 9: 49–60.

Hornsveld, H., Garssen, B., Fiedeldij, D. and Van Spiegel, P. (1990) 'Symptom reporting during voluntary hyperventilation and mental load: implications for diagnosing hyperventilation syndrome', *Journal of Psychosomatic Research* 34: 687–97.

Horowitz, M., Wilner, N. and Alvarez, W. (1979) 'Impact of Event Scale: a measure of subjective stress', *Psychosomatic Medicine* 41: 209–18.

Husek, T. R. and Alexander, S. (1963) 'The effectiveness of the anxiety differential in examination stress situations', *Educational and Psychological Measurements* 23: 309–18.

Jones, J. C. and Barlow, D. H. (1990) 'The etiology of post-traumatic stress disorder', *Clinical Psychology Review* 10: 299–328.

Kantor, J. S., Zitrin, C. M. and Zeldis, S. M. (1980) 'Mitral valve prolapse syndrome in agoraphobic patients', *American Journal of Psychiatry* 137: 467–9.

Keele, C. A., Neil, E. and Joels, N. (1982) *Samson Wright's Applied Physiology, 13th edn* Oxford: Oxford University Press.

Kendall, P. C., Finch, A. J., Auerbach, S. M., Hooke, J. F. and Mikulka, P. J. (1976) 'The State-Trait Anxiety Inventory: a systematic evaluation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 406–12.

Kent, J. (1985) 'Memory of dental pain', *Pain* 21: 187–94.

Kent, J. and Gibbons, R. (1987) 'Self-efficacy and the control of anxious cognitions', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 18: 33–40.

Kirsch, I., Tennen, H., Wickless, C., Saccone, A. J. and Cody, S. (1983) 'The role of expectancy in fear reduction', *Behavior Therapy* 14: 520–33.

Knight, R., Waal-Manning, H. J. and Spears, G. F. (1983) 'Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression Scale', *British Journal of Clinical Psychology* 22: 245–9.

Kozak, M. J. and Miller, G. A. (1982) 'Hypothetical constructs v. intervening variables: an appraisal of the three systems model anxiety assessment', *Behavioural Assessment* 4: 347–58.

Lacey, B. C. and Lacey, J. I. (1980) 'Sensorimotor behaviour and cardiac activity', in I. Martin and P. H. Venables (eds) *Techniques in Psychophysiology*, Chichester: Wiley.

Lader, M. H. (1967) 'Palmar skin conductance measures in anxiety and phobic states', *Journal of Psychosomatic Research* 11: 271–81.

Lader, M. H. and Marks, I. (1971) *Clinical Anxiety*, London: Heinemann.

Lader, M. H. and Mathews, A. M. (1968) 'A physiological model of phobic anxiety and desensitisation', *Behaviour Research and Therapy* 6: 411–21.

Lader, M. H. and Mathews, A. M. (1970) 'Physiological changes during spontaneous panic attacks', *Journal of Psychosomatic Research* 14: 377–82.

Lader, M. H. and Wing, L. (1967) *Physiological Measures, Sedative Drugs and Morbid Anxiety*, Oxford: Oxford University Press.

Lande, S. D. (1982) 'Physiological and subjective measures of anxiety during flooding', *Behaviour Research and Therapy* 20: 81–8.

Lang, P. J. (1977) 'Imagery in therapy: an information processing analysis of fear', *Behaviour Therapy* 8: 862–86.

Lang, P. J. (1978) 'Anxiety: toward a psychophysiological definition', in H. S. Akiskal and W. L. Webb (eds) *Psychiatric Diagnosis: Exploration of Biological Predictors*, New York: Spectrum.

Lang, P. J. (1979) 'A bio-informational theory of emotional imagery', *Psycho-physiology* 16: 495–512.

Lang, P. J. and Lazovik, A. D. (1963) 'Experimental desensitisation of a phobia', *Journal of Abnormal and Social Psychology* 66: 519–25.

Lautch, H. (1971) 'Dental phobia', *British Journal of Psychiatry* 119: 151–8.

Lay, C., Ziegler, M., Herschfield, L. and Miller, D. (1974) 'The perception of situational consistency in behaviour; assessing the actor-observer bias', *Canadian Journal of Behavior Science* 6: 376–84.

Leary, M. R. (1983) 'A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale', *Personality and Social Psychology Bulletin* 9: 371–5.

Ley, R. (1989) 'Dyspneic-fear and catastrophic cognitions in hyperventilatory panic attacks', *Behaviour Research and Therapy* 27: 549–54.

Liddell, A. (1990) 'Personality characteristics versus medical and dental experiences of dentally anxious children', *Journal of Behavioral Medicine* 13: 183–94.

Lindsay, S. J. E. (1984) 'The fear of dental treatment: a critical and theoretical analysis', in S. Rachman (ed.) *Contributions to Medical Psychology III*, Oxford: Pergamon.

Lindsay, S. J. E. (1985) 'The anxious patient 2: The casual attender', *Dental Update* 12: 177–80.

Lindsay, S. J. E. and Jackson, C. (1993) 'The fear of dental treatment in adults: its nature and management', *Psychology and Health* 8: 135–54.

Lindsay, S. J. E., Saqi, S. and Bass, C. (1991) 'The test-retest reliability of the hyper-ventilation provocation test', *Journal of Psychosomatic Research* 35: 155–62.

Litz, B. T. (1992) 'Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: a critical review and reformulation', *Clinical Psychology Review* 12: 417–32.

Marks, I. (1981) 'Space phobia: a pseudoagoraphobic syndrome', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 44: 387–91.

Marks, I. (1987) *Fears, Phobias and Rituals*, Oxford: Oxford University Press.

Marks, I. and Mathews, A. M. (1979) 'Brief standard self-rating for phobic patients', *Behaviour Research and Therapy* 17: 263–7.

Marks, M. (1988) 'Fear of fear in different phobic groups', Unpublished M. Sc. thesis, Institute of Psychiatry, University of London.

Martin, I. and Venables, P. H. (eds) (1980) *Techniques in Psychophysiology*, Wiley: Chichester.

Mathews, A. M. and MacLeod, C. (1986) 'Discrimination without awareness in anxiety states', *Journal of Abnormal Psychology* 95: 131–8.

Mathews, A. M., Gelder, M. G. and Johnson, D. W. (1981) *Agoraphobia: Nature and Treatment*, London: Tavistock.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. and Borkovec, T. D. (1990) 'Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire', *Behaviour Research and Therapy* 28: 486–96.

Meyer, V. and Reich, B. (1978) 'Anxiety management: the marriage of physiological and cognitive variables', *Behaviour Research and Therapy* 16: 177–82.

Michelson, L. and Mavissakalian, M. (1983) 'Temporal stability of self-report measures in agoraphobia-research', *Behaviour Research and Therapy* 21: 695–98.

Miller, S. M. (1979) 'Controllability and human stress: method, evidence and theory', *Behaviour Research and Therapy* 17: 287–304.

Mogg, K., Mathews, A. and Weinman, J. (1987) 'Memory bias in clinical anxiety', *Journal of Abnormal Psychology* 96: 94–8.

Munby, M. and Johnston, D. W. (1980) 'Agoraphobia: the long-term follow-up of behavioral treatment', *British Journal of Psychiatry* 137: 418–27.

Murray, E. J. and Foote, F. (1979) 'The origins of fear of snakes', *Behaviour Research and Therapy* 17: 489–93.

Norton, G. R., Harrison, B., Hauch, J. and Rhodes, L. (1985) 'Characteristics of people with infrequent panic attacks', *Journal of Abnormal Psychology* 94: 216–21.

Ost, L. G. (1990) 'The Agoraphobia Scale: an evaluation of its reliability and validity', *Behaviour Research and Therapy* 28: 323–30.

Ost, L. G., Jerremalm, A. and Jansson, L. (1984) 'Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 22: 697–708.

Peterson, R. A. and Heilbronner, D. (1987) 'The Anxiety Sensitivity Index: construct validity and factor analytic structure', *Journal of Anxiety Disorders* 1: 117–22.

Petursson, H. and Lader, M. H. (1984) *Dependence on Tranquillizers*, Oxford: Oxford University Press.

Pickles, A. J. and van den Broek, M. D. (1988) 'Failure to replicate evidence for phobic schemata in agoraphobic patients', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 271–3.

Rachman, S. J. (1980) 'Emotional processing', *Behaviour Research and Therapy* 18: 51–60.

Rachman, S. J. (1991) 'Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisition', *Clinical Psychology Review* 11: 155–74.

Rachman, S. J. and Cuk, M. (1992) 'Fearful distortions', *Behaviour Research and Therapy* 30: 583–9.

Rapee, R. M. (1991) 'Generalised Anxiety Disorder: a review of clinical features and theoretical concepts', *Clinical Psychology Review* 11: 419–40.

Ray, R. L. and Kimmel, H. D. (1979) 'Utilisation of psychophysiological indices in behavioral assessment: some methodological issues', *Journal of Behavioral Assessment* 2: 107–22.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. and McNally, R. J. (1986) 'Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness', *Behaviour Research and Therapy* 24: 1–8.

Seligman, M. E. P. (1971) 'Phobias and preparedness', *Behavior Therapy* 2: 307–20.

Smith, R. C. and Lay, C. D. (1974) State and trait anxiety: an annotated bibliography', *Psychological Reports* 34: 519–94.

Snaith, R. P., Baugh, S. J., Clayden, A. D., Husain, A. and Sipple, M. A. (1982) 'The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale', *British Journal of Psychiatry* 141: 518–23.

Snaith, R. P., Harrop, F. M., Newby, D. A. and Teale, C. (1986) 'Grade scores of the Montgomery–Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales', *British Journal of Psychiatry* 148: 599–601.

Solyom, L., Heseltine, G. F. D., McClure, D. J., Solyom, C., Ledwidge, B. and Steinberg, S. (1973) 'Behavior therapy v. drug therapy in the treatment of phobic neurosis', *Canadian Psychiatric Association Journal* 18: 25–31.

Speirs, R. L. (1983) 'Some reflections on the mechanism of the common faint', *Dental Update* 644–50.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R. and Jacobs, G. A. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.

Taylor, S. E. and Brown, J. D. (1988) 'Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health', *Psychological Bulletin* 103: 193–210.

Thompson, S. (1980) 'Will it hurt if I can control it? A complex answer to a simple question', *Psychological Bulletin* 90: 89–101.

Thorpe, G. L. and Burns, L. E. (1983) *The Agoraphobic Syndrome. Behavioral Approaches to Evaluation and Treatment*, Chichester: Wiley.

Trudel, G. (1978) 'The effects of instructions, level of fear, duration of exposure and repeated measures on the behavioural avoidance test', *Behaviour Research and Therapy* 17: 113–18.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. and Stanley, M. A. (1989) 'An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory', *Psychological Assessment: a Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1: 35–40.

Watson, D. and Friend, R. (1969) 'Measurement of social evaluative anxiety', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33: 448–57.

Watson, J. P., Gaind, R. and Marks, I. M. (1972) 'Physiological habituation to continuous phobic stimulation', *Behaviour Research and Therapy* 10: 269–78.

Weiss, D. S ., Horowitz, M. J. and Wilner, N. (1984) 'The Stress Response Rating Scale: a clinician's measure for rating the response to serious life events', *British Journal of Clinical Psychology* 23: 202–15.

Wilson, G. T. (1982) 'The relationship of learning theories to behavioural therapies: problems, prospects and preferences', in J. C. Boulougouris (ed.) *Learning Theory Approaches to Psychiatry*, Chichester: Wiley.

Windheuser, H. J. (1978) 'Anxious mothers as models for coping with anxiety', *Behavioural Analysis and Modification* 2: 38–58.

Wittchen, H. U. (1986) 'Epidemiology of panic attacks and panic disorders', in I. Hand and H. U. Wittchen (eds) *Panic and Phobias. Empirical Evidence of Theoretical Models and Long-Term Effects of Behavioral Treatments*, Berlin: Springer-Verlag.

Zander, J. R. and McNally, R. T. (1988) 'Bi-informational processing in agoraphobia', *Behaviour Research and Therapy* 26: 421–30.

Zeitlin, S. B. and McNally, R. J. (1991) 'Implicit and explicit memory bias for threat in post-traumatic stress disorder', *Behaviour Research and Therapy* 29: 451–8.

Zuckerman, M. and Lubin, B. (1965) *Manual for the Multiple Affect Adjective Check-List*, San Diego: Education and Industrial Testing Service.